

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Karen Karina Siqueira

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM
SEGUIMENTO CLÍNICO ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS**

Diamantina

2019

Karen Karina Siqueira

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM
SEGUIMENTO CLÍNICO ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA-MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Sérgio Ricardo Stuckert
Seixas

Co-orientador: Prof. Sandro Luiz Barbosa

Diamantina

2019

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S618c Siqueira, Karen Karina
Caracterização de pacientes vivendo com HIV/AIDS em seguimento
clínico acompanhados no serviço de assistência especializada do
município de Diamantina, Minas Gerais / Karen Karina Siqueira, 2019.
81 p. : il.

Orientador: Sérgio Ricardo Stuckert Seixas
Coorientador: Sandro Luiz Barbosa

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucuri, Diamantina, 2019.

1. Antirretrovirais. 2. HIV. 3. AIDS. 4. I. Seixas, Sérgio Ricardo
Stuckert. II. Barbosa, Sandro Luiz. III. Título. IV. Universidade
Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 616.979 2

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária Nádia Santos Barbosa, CRB6 – 3468.

Karen Karina Siqueira

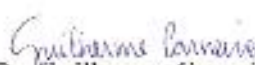
**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM
SEGUIMENTO CLÍNICO ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA,
MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS,
nível de MESTRADO, como parte
dos requisitos para obtenção do
título de MESTRE EM CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS.

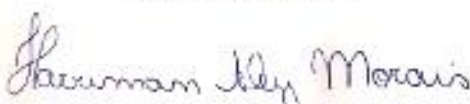
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Ricardo
Stuckert Seixas

Co-orientador: Prof. Dr. Sandro
Luiz Barbosa dos Santos

Data da aprovação 21/12/2018


Prof. Dr. Guilherme Carneiro (UFVJM)
Presidente da Banca


Prof. Dr. Carlos Alberto Dias (UFVJM)
Membro da Banca


Prof. Dr. Harriman Aley Moraes (UFVJM)
Membro da Banca

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e iluminado meu caminho para conseguir dar seguimento aos meus objetivos e superar os desafios no caminho.

Aos meu pais, Vanuza e Siqueira, meus irmãos, Vanessa e Gabriel e ao meu amor Luiz Felipe que sempre me incentivaram e estiveram ao meu lado dando força, cuidando, ajudando e acreditando na minha capacidade.

A minha princesa Sara, que é o maior presente que a vida me deu, que ilumina minha vida e enche meu coração de amor a cada sorriso e suspiro.

Ao professor Sérgio Stuckert pela oportunidade de acolhida para meu crescimento profissional.

Ao professor Sandro Barbosa por todo apoio e auxílio para que pudesse concluir essa etapa.

Ao professor Guilherme Carneiro por ter me orientado no início do mestrado e ter se prontificado nesse último momento novamente. Obrigada também por todos os ensinamentos passados, foi muito importante para mim.

Ao professor Carlos Eduardo por toda ajuda e disponibilidade que sempre teve para ajudar.

Ao professor Harriman pela pronta disposição ao aceitar o convite para a banca.

À equipe do SAE de Diamantina, Héliida, Salete, Paulo e Eduardo que contribuíram muito para meu crescimento profissional e pessoal e por todo carinho no período de convivência.

Finalmente, gostaria de agradecer à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri por ter proporcionado mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma lição de vida.

RESUMO

O perfil epidemiológico da aids foi sofrendo algumas transformações, possibilitando que, difundida nas metrópoles, mais tarde, atingisse os municípios de médio e pequeno porte. A epidemia de aids é um relevante problema de saúde pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população e acomete as diversas regiões, segundo algumas características sociodemográficas. Este estudo teve por objetivo caracterizar os pacientes vivendo com HIV/Aids em seguimento clínico acompanhados no Serviço de Assistência Especializada do município de Diamantina-MG. Trata-se de um estudo transversal, de caráter avaliativo com análise descritiva com base em dados secundários, levantados mediante a verificação direta em prontuários. Foram utilizados os anos de 2016 e 2017 como referência, considerando o registro de casos de HIV/Aids desde o início do programa em 1996. Foi traçado o perfil sociodemográfico e cultural, tendo sido encontrado maior prevalência de casos do sexo masculino, heterossexuais, com idade média de 44,12 ($\pm 11,5$) anos, ensino fundamental incompleto, pardos. A média de tempo de diagnóstico foi de 8,17 anos e 34,18% passou por internação hospitalar. A maioria dos encaminhamentos foram direcionados para psicólogo e assistente social. As coinfeções e comorbidades mais frequentes foram o alcoolismo, tabagismo, candidose, anemia, herpes e depressão. Foi realizada a caracterização e quantificação das medicações ARV em uso obteve-se o valor de 52,5% para TDF+3TC+EFZ com o maior número de casos. A quantidade de paciente com carga viral detectável foi de 21,5% e seis foram os casos de abandono de tratamento ARV. Quanto ao padrão comportamental de adesão ao tratamento antirretroviral 10,5% dos pacientes não buscaram medicamentos periodicamente. Entre os usuários cadastrados 7,7% não realizaram consulta no ano de 2016 e 8,3% passaram por falta de medicamentos na unidade de saúde. Os pacientes com carga viral detectável necessitam de um acompanhamento individualizado por parte da equipe multidisciplinar durante todo o período de tratamento, devendo esses profissionais levar em consideração o perfil biopsicossocial dos assistidos.

Palavras-chave: Antirretrovirais; HIV; AIDS.

ABSTRACT

The epidemiological profile of AIDS has undergone some transformations, allowing its diffusion to municipalities of medium and small size. The AIDS epidemic is a relevant public health problem that affects heterogeneous segments of the population and affects the different regions, according to some sociodemographic characteristics. This study aimed to characterize patients living with HIV / AIDS in a clinical follow-up attended by the Specialized Care Service of the city of Diamantina-MG. It is a cross-sectional, evaluative study with descriptive analysis based on secondary data, collected through direct verification in medical records. The years 2016 and 2017 were used as reference, considering the record of cases of HIV / AIDS since the beginning of the program in 1996. The sociodemographic and cultural profile was traced, and a higher prevalence of heterosexual male cases was found. mean age of 44.12 (\pm 11.5) years, incomplete elementary school, pardos. The mean time of diagnosis was 8.17 years and 34.18% was hospitalized. Most referrals were directed to psychologist and social worker. The most common coinfections and comorbidities were alcoholism, smoking, candida, anemia, herpes, and depression. The characterization and quantification of the ARV medications in use obtained the value of 52.5% for TDF + 3TC + EFZ with the highest number of cases. The volume of patients with detectable viral load was 21.5% and six cases were cases of abandonment of ARV treatment. Regarding the behavioral pattern of adherence to antiretroviral treatment, 10.5% of the patients did not seek medication periodically. Among registered users, 7.7% did not consult in the year 2016 and 8.3% went through lack of medication in the health unit. Patients with detectable viral load require an individualized follow-up by the multidisciplinary team throughout the treatment period, and these professionals must take into account the biopsychosocial profile of the patients.

Keywords: Antiretrovirals; HIV; AIDS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Cascata de cuidado contínuo do HIV.....	31
Figura 2- Ciclo de replicação do HIV1 mostrando os locais de ação dos antirretrovirais disponíveis.....	35
Figura 3- Tempo de diagnóstico do HIV dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	56
Figura 4- Quantidade de comprimidos ARV por dia ingeridos pelos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	53
Tabela 2- Local de moradia dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	54
Tabela 3- Casos segundo sexo e parceria sexual dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	55
Tabela 4- Encaminhamento para especialista dos pacientes em tratamento dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	57
Tabela 5- Comorbidades e Coinfecções relatadas e registradas durante o tratamento dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	58
Tabela 6- Resultado exame CD4 e exame de carga viral dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	59
Tabela 7- Medicamentos prescritos durante o acompanhamento no programa registrados em prontuário dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	60
Tabela 8- Esquemas antirretrovirais dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	61
Tabela 9- Motivo da Mudança dos esquemas antirretrovirais dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017.....	62
Tabela 10- Casos de pacientes segundo a quantidade de comprimidos por dia e a regularidade na busca de medicamentos regularmente na UDM.....	64
Tabela 11- Casos de pacientes segundo o exame de carga viral de busca de medicamentos regularmente na UDM.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Lista dos medicamentos antirretrovirais disponíveis no Brasil.....	34
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Contextualização epidemiológica do HIV/Aids: HIV no mundo, no Brasil e em Minas Gerais	21
3.3 Política Nacional de Prevenção das HIV/Aids	24
3.3 Cascata de cuidado e qualidade de vida com HIV	29
3.4 Tratamento farmacológico e adesão ao ARV	32
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 Tipo de estudo e período de investigação.....	47
4.2 Local de estudo e instituição envolvida.....	47
4.3 População em estudo e critérios de inclusão e exclusão	47
4.4 Instrumento e coleta de dados	48
4.5 Processamento e análise dos dados.....	48
4.6 Aspectos éticos.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 Características sociodemográficas	51
5.2 História médica e situação clínica atual.....	55
5.3 Caracterização e quantificação das medicações ARV em uso	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
8 DIFICULDADES E PERSPECTIVAS.....	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE	78

1 INTRODUÇÃO

O monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) é uma das mais importantes ferramentas para o acompanhamento dos avanços e esforços necessários para a melhoria da atenção às PVHA. O objetivo final do tratamento para o HIV é suprimir a carga viral das pessoas infectadas. A supressão viral é o último passo da cascata de cuidado contínuo e é um marcador da redução da probabilidade não só de as PVHA apresentarem doenças clínicas, tais como doenças oportunistas como também da transmissão do HIV.

Ao longo dos anos, a infecção pelo HIV tem se transformado tanto no que se refere à evolução clínica, quanto ao perfil epidemiológico das pessoas infectadas (MOURA, 2017).

Atualmente a epidemia é um fenômeno global, apresentando comportamento pandêmico, dinâmico, instável e vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas ao longo do tempo (SOARES e MORAIS, 2014).

Alguns fatores relacionados a vulnerabilidade à infecção pelo HIV já estão claramente determinados, entretanto, poucos são os estudos voltados à vulnerabilidade individual. Através da investigação dos fatores predisponentes à infecção do HIV, pode-se traçar um perfil sócio comportamental dos que convivem com o HIV/Aids, observar o impacto imprimido à vivência familiar, o perfil epidemiológico e a situação clínica atual dos pacientes com HIV da região.

O interesse pelo tema da caracterização do perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/Aids se deve ao fato de a literatura desejar mostrar a grande mudança que vem ocorrendo considerando-se a tendência de interiorização da epidemia e da singularidade do perfil da AIDS nas diversas regiões. Este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer o perfil dos casos com HIV/Aids cadastrados no serviço de referência regional, bem como a realidade desta condição na região. É um estudo relevante pois através dele os pacientes e funcionários do serviço serão beneficiados através das informações obtidas além de contribuir para alcançar as metas estabelecidas pela OMS de 90% dos pacientes com carga viral indetectável. Além disto, permite uma compreensão mais profunda da situação local, para que se possam formular estratégias e implementar programas de prevenção, promoção e controle do HIV/Aids mais direcionados ao público em estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar os pacientes vivendo com HIV/Aids em seguimento clínico acompanhados no Serviço de Assistência Especializada do município de Diamantina-MG de 1996 a 2017.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes cadastrados
- Identificar o modo de transmissão mais frequente em que a população esteve exposta
- Caracterização e quantificação das medicações ARV em uso
- Verificar a proporção de paciente com carga viral detectável
- Identificar a quantidade de casos de abandono de tratamento ARV

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contextualização epidemiológica do HIV/Aids: HIV no mundo, no Brasil e em Minas Gerais

A aids surgiu no início dos anos de 1980, e segundo a UNAIDS o mundo teve aproximadamente 1,8 milhão de novos casos em 2017, com um total de 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV. Dessas pessoas infectadas 21,7 milhões tem acesso à terapia antirretroviral (UNAIDS, 2017).

No Brasil, a epidemia de AIDS é um relevante problema de saúde pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população e acomete as diversas regiões, segundo algumas características sociodemográficas (MOURA, 2017).

Até junho de 2017 o Brasil totalizava 882.810 casos da doença. O país tem notificado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. Entre os casos registrados, verifica-se um total de 65,3% de homens e 34,7% de mulheres.

Em Minas Gerais, de 1980 a 2017 um total de 61.705 casos, sendo que de 2007 a 2017 foram notificados um total de 11.745 casos (BRASIL, 2017b).

A epidemia da aids no Brasil é subdividida em três fases. A primeira fase inicia-se na década de 80, que é caracterizada pela infecção a grupos de homossexuais, bissexuais, receptores de sangue e hemoderivados. Na segunda fase, início dos anos 90, a infecção foi identificada em usuários de drogas injetáveis e elevação na transmissão heterossexual. Já na terceira fase houve um aumento na transmissão por indivíduos heterossexuais, resultando em efetiva contaminação de mulheres (SOARES e MORAIS, 2014).

Conforme boletim epidemiológico de 2017, a faixa etária de maior incidência de aids no Brasil no período de 2007 a 2017 é a de 20-34 anos, com percentual de 52,5% dos casos. Nesse período foi notificado no SINAN 47,6% são entre brancos e 51,5% entre pretos e pardos. No sexo masculino, 49,6% dos casos estão entre brancos e 49,4% entre pretos e pardos; entre as mulheres, 43,2% dos casos são entre brancas e 55,9% entre pretas e pardas (BRASIL, 2017b).

Os casos de infecção pelo HIV registrados no SINAN de 2007 a junho de 2017 em indivíduos maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição, entre os homens, verifica-se que 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,7% na de UDI (BRASIL, 2017b).

A razão de sexos no período de 2002 a 2008 expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, manteve-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. A partir de 2009, observa-se uma redução gradual dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 22 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres em 2016 (BRASIL, 2017). Em todo mundo, 59% dos adultos e 52% das crianças que vivem com o HIV estavam recebendo terapia antirretroviral (TARV) vitalícia em 2017 (WHO, 2018).

Quanto a escolaridade, pode-se verificar que 27,1% possuem ensino médio completo e 12,1 % possuem ensino superior completo, mas é importante ressaltar que no período analisado, de 2007 a 2017 25,4% das notificações ignoraram esse dado (BRASIL, 2017b).

Desde o início da epidemia de aids até 31 de dezembro de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos tendo a HIV/Aids como causa básica (CID10: B20 a B24) (BRASIL, 2017b). Em 2017, 940 mil pessoas morreram de causas relacionadas ao HIV em todo o mundo (WHO, 2018).

Desde o surgimento da infecção pelo HIV e da notificação de casos de adoecimento pela aids, o Ministério da Saúde do Brasil implementou estratégias para a prevenção de novos casos de infecção e redução dos agravos da epidemia. Dentre elas, destaca-se a política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV e doentes de aids, que implicou na redução da morbimortalidade entre as pessoas que têm aids, reduzindo o número de internações e aumentando sua expectativa de vida (BRASIL, 2017b).

A epidemia, no Brasil, pode ser diferenciada em três fases distintas. A primeira foi caracterizada apenas pelos infectados pelo HIV, especialmente homens homossexuais com alto nível de escolaridade, sendo esta época marcada pelo conceito de “grupos de risco”. Na segunda fase, adotou-se o conceito de “comportamento de risco”, devido ao grande número de contaminação por uso de drogas injetáveis, atingindo um número maior de heterossexuais que, consequentemente, caracterizaram a terceira e atual fase, que se assinalou pelo aumento de casos no sexo feminino, de pessoas com baixa escolaridade e pela interiorização da AIDS, adotando-se, então, o conceito de “vulnerabilidade” (MOURA, 2017).

Com o início da política de tratamento para todos, no período de 2014 para 2015, observou-se uma redução de 7,2% na taxa de mortalidade, que passou de 5,7 para 5,3/100.000 habitantes. Já no período de 2006 para 2016, verificou-se uma queda no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes,

o que corresponde a uma queda de 11,9%. São dados significativos que demonstram a importância do tratamento ARV a partir do diagnóstico (BRASIL, 2017b).

O perfil epidemiológico da aids sofreu algumas transformações, possibilitando que após ser difundida nas metrópoles atingisse os municípios de médio e pequeno porte. O número de infecções decorrentes do compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis teve um decréscimo considerável nas décadas de 1990 e anos 2000, primeiramente em decorrência das políticas de redução de danos e, posteriormente, como efeito das mudanças no perfil do uso de drogas no Brasil, principalmente com a substituição da cocaína injetável pelo crack, o qual não oferece uma via direta de infecção para o HIV (SANTOS, 2016).

A infecção ocorre em todo o território brasileiro, sendo descrita em quase todos os municípios. A aids teve início nas grandes metrópoles, com nítida tendência à interiorização. A elaboração de ações e estratégias para o enfrentamento da epidemia nas regiões menos populosas do país deve ser realizada após o conhecimento do perfil epidemiológico e sócio demográfico dos indivíduos infectados para que dessa forma, respeite-se as peculiaridades de cada local (SOARES e MORAIS, 2014).

Ao longo dos últimos 30 anos o HIV tem mudado de face. Nos primeiros anos da epidemia, o HIV era considerado como uma doença que afetava principalmente jovens, homens e homossexuais. No entanto, ao passar dos anos, a prevalência da infecção pelo HIV entre os adultos com idades entre 50 e mais velhos tem continuamente aumentado (BRASIL, 2017b).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos. Portanto, apesar dos esforços de prevenção da infecção pelo HIV, a epidemia do vírus continua em expansão.

Embora, em números absolutos, o Brasil tenha registrado 192.709 óbitos por aids de 1980 a 2006, dados atuais demonstram que o número de pessoas que morrem com aids está diminuindo. Em 2005, o coeficiente de mortalidade por aids foi de 6,0/100.000 habitantes para o Brasil, enquanto em 1996 este coeficiente era de 9,6/100.000 habitantes. Isso, em parte, pode ser reflexo da implementação da política de acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral (TARV), implantada desde 1996. O número de pacientes que utilizam antirretrovirais no Brasil aumentou de 36.000 em 1997 para 170.000 em 2016 (BRASIL, 2017b).

Entre 2000 e 2017, novas infecções pelo HIV caíram 36%, e as mortes relacionadas ao HIV caíram 38%, com 11,4 milhões de vidas salvas devido à ART no mesmo período. Esta

conquista foi o resultado de grandes esforços dos programas nacionais de HIV apoiados pela sociedade civil e por uma série de parceiros de desenvolvimento (WHO, 2018).

3.3 Política Nacional de Prevenção das HIV/Aids

Uma política pública expressa o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou a uma demanda da sociedade. A luta contra a aids no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade, já que desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia esta relação esteve presente. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da aids nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo (BRASIL, 1999).

As políticas públicas brasileiras para a provisão de assistência à saúde de pacientes infectados pelo HIV têm tido reconhecimento em âmbito mundial, principalmente a garantia do acesso universal e gratuito aos ARV. Atribui-se a essas políticas parte do sucesso do tratamento, com reflexos na redução da mortalidade e internações devido ao HIV em anos recentes.

As ações da política pública contra o HIV/Aids têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, compreendendo-se, um sistema integrado que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/Aids é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1999).

As diretrizes dessa política se baseiam em três componentes: Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/Aids e prevenção da transmissão das DST, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas que é baseado no conceito de vulnerabilidade e risco; redução de danos, participação e controle social, direitos humanos e comunicação social. Diagnóstico e Assistência que tem como objetivo implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação que garantam acesso ao procedimento de diagnóstico e tratamento de qualidade na rede pública de saúde. Desenvolvimento institucional e gestão, com o objetivo de ajudar no fortalecimento das instituições para colaborar na redução da incidência do HIV/Aids, ampliar o acesso e a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em HIV/Aids (PEREIRA, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids, estabeleceu as normas gerais para estes serviços e é responsável pela prestação suprimimentos de estratégicos,

como medicamentos antirretrovirais e testes de carga viral e contagem de CD4 (MELCHIOR et al., 2006).

A política de combate ao HIV/Aids vem sendo realizada desde a década de 1980, com advento da epidemia da aids no Brasil e tem como principais desafios a redução da incidência da aids nos diferentes grupos populacionais em situação de risco e vulnerabilidades, garantir os direitos de cidadania e qualidade de vida aos portadores de HIV/Aids e priorização de ações voltadas as DST no país. Por isso é necessário o envolvimento de diversos setores governamentais (instituições de ensino, pesquisa, setor judiciário, forças armadas), e instituições não governamentais (religiosos, organismos internacionais, movimentos sociais) (BRASIL, 1999).

O acesso aos medicamentos para o tratamento da aids está condicionado à aquisição de cada droga por parte do governo, que esbarrava na necessariamente na proteção dos direitos de produção. O Acordo *TRIPs*, celebrado em 1994, estabeleceu que todos os signatários estão obrigados a conceder patente aos produtos farmacêuticos. Como resultado, o preço dos medicamentos se elevou afetando a população pobre dos países em desenvolvimento. Frente a tal problema, o governo brasileiro iniciou uma política externa de negociação com grandes laboratórios produtores destes medicamentos, detentores das patentes, a fim de reduzir consideravelmente o preço do coquetel anti-HIV. Não obstante, possuindo o Acordo *TRIPs* dispositivos que permitem aos países eliminar as consequências negativas da concessão de patentes, o Brasil passou a ameaçar “quebrar patentes”, legitimado por declarações oriundas de rodadas de discussão, como a *Declaração de Doha* (TRINDADE, 2019).

Em maio de 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) celebra 11 anos do licenciamento compulsório do efavirenz. Trata-se do primeiro recurso legal desta natureza realizado no Brasil, o que permitiu ao Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/Fiocruz) produzir este importante antirretroviral. Apesar de estar saindo do protocolo para a doença, atualmente, o efavirenz é usado por 55,4 mil pacientes que vivem com HIV/Aids no país, e a sua produção é considerada um marco para a unidade, que demonstrou sua capacidade de desenvolvimento tecnológico, e permitiu ao país negociar preços de outros medicamentos considerados estratégicos. O licenciamento compulsório previsto na Lei da Propriedade Industrial 9.279/96, tem como objetivo sanar eventuais abusos cometidos pelo detentor da patente. Tal disposição faculta aos países a adoção de medidas para evitar o mau uso dos direitos oriundos da patente Além deste medicamento, o portfólio da unidade é composto por outros seis antirretrovirais que integram o coquetel antiaids: Atazanavir,

Lamivudina, Nevirapina, Zidovudina, Lamivudina+Zidovudina e tenofovir+lamivudina. (FIOCRUZ, 2019).

O Programa Nacional de DST/Aids tem se engajado em processos bilaterais e multilaterais com o propósito de cooperação horizontal com outros países, visto que aids não tem fronteiras, e atinge principalmente países em desenvolvimento onde é grande a sua disseminação. Sendo assim, o Brasil mantém acordos de cooperação no âmbito do Mercosul, América Latina e Caribe; com os países africanos de língua portuguesa e inglesa; e com a América do Norte, Japão e Europa, com três objetivos comuns: reduzir a incidência de HIV/Aids e outras DST; ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento, melhorando a qualidade da assistência no que se refere ao HIV/Aids; fortalecer as intuições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e aids (RUA, ABRAMOYAY, 2000 apud PEREIRA, 2013).

Os programas de DST/Aids devem estar entrelaçados a outras ações do setor público, a começar pelo próprio setor saúde, em virtude das inúmeras dificuldades como a insuficiência de investimentos em equipamentos, até a escassez de recursos para custeio, e a falta de qualificação dos recursos humanos, esses fatores dificultam um maior avanço na política de promoção a saúde e descentralização nas ações de DST/Aids (BRASIL, 1999).

A eficácia das associações terapêuticas aliada à acessibilidade aos medicamentos permite classificar essa infecção como uma doença crônica, deslocando progressivamente a atenção aos pacientes para a rede ambulatorial. No Brasil, dentre as estratégias para combater a epidemia destaca-se a política de distribuição dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV que necessitem de tratamento (MALDONADO-MARTÍNEZ et al., 2015).

No Brasil, a disseminação da epidemia de aids para cidades distantes dos grandes centros urbanos observados na década de 1990 levou a uma rápida expansão dos serviços de assistência, cujo número aumentou de 33 em 1996 para 540 em 2001. A situação institucional desses serviços é variável. Em 2017, o Brasil possuía 939 unidades dispensadoras de medicamentos ARV (UDM) cadastradas. Os serviços podem ser ligados à unidades de cuidados primários de saúde; ambulatórios estaduais em grandes hospitais, municipal, estadual e unidades baseadas em serviços especializados universitários, entre outros (GOMES et al., 2009).

Em outubro de 2014 a UNAIDS propôs novas metas para acelerar o fim da epidemia de aids. Os objetivos descritos como “90-90-90” visam maximizar os benefícios individuais e populacionais do tratamento do HIV, ao assegurar que, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV devem conhecer o seu estado sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV devem

estar em tratamento com ARV e 90% das pessoas em TARV atingir uma supressão viral até o ano de 2020. Essa meta traduz-se em tratar com sucesso mais de 70% de todos os indivíduos infectados com o HIV, o que representa cerca de 25 milhões de pessoas no mundo todo (CIHLAR, FORDYCE, 2016; ABRAMS, STRASSER, 2015).

Com o alcance dessas metas, pelo menos 73% de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo estariam com supressão viral – o que representaria um aumento de duas a três vezes em relação a estimativas de 2014. Segundo modelagem matemática do UNAIDS, o alcance dessas metas até 2020 permitiria ao mundo acabar com a epidemia de aids em 2030, ano em que se esperaria um número de infecções 90% menor e um número de mortes 80% menor que os atuais (BRASIL, 2018b).

No entanto, apesar dos aumentos em taxas de testes de HIV, mais de metade dos estimados 35 milhões de PVHS não conhecem o seu estado sorológico e menos da metade das pessoas diagnosticado com HIV estão ligados a qualquer tipo de cuidados. Dentre países de baixa e média renda, um terço dos pacientes abandonaram o tratamento dentro de três anos e, destes, quase 40% morreram. Estas perdas na cascata cuidado e no tratamento do HIV têm alertado os programas e os sistemas de saúde para que possam implementar estratégias para identificar os indivíduos HIV-positivos e retê-los no cuidado (BEMELMANS et al., 2016).

Ampliar as portas de entrada para teste de HIV tende a aumentar o número de pessoas que são conscientes do seu status sorológico, incluindo aqueles com contagens de CD4 altas e dessa forma melhorar a ligação com a cascata de cuidado. Além disso, a educação do paciente, particularmente aconselhamento e apoio dos parceiros e família, têm mostrado resultados positivos no que diz respeito ao acesso e nos cuidados com o HIV, bem como a adesão ao tratamento (BEMELMANS et al., 2016).

A qualidade dos cuidados de saúde é um determinante importante do sucesso de programas destinados a tratamento doenças crônicas, como aids. Além de seu impacto sobre a mortalidade do paciente e qualidade de vida, bem assistência ao paciente conduzida pode contribuir para controlar o epidemia (GOMES et al., 2009).

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais faz uso da notificação de casos de aids gerados do registro universal e compulsório no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), bem como do número de óbitos por Aids registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), ambos fornecidos pelo DATASUS. Além disso, gerencia quatro sistemas - o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)

e o Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO) - que compõem o Sistema de Informação em Saúde deste Ministério (BRASIL, 2018a).

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Esse sistema de informação serve para notificar casos de aids, hepatites virais e algumas doenças sexualmente transmissíveis, além de controlar o registro e o processamento desses dados em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2018c).

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais disponibiliza, por meio da rede pública de saúde, exames de CD4+/CD8+ e carga viral do HIV para as pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA). A fim de facilitar o controle dos processos de cadastramento de pacientes e armazenagem do histórico dos exames realizados foi desenvolvido o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) (BRASIL, 2018a).

O SICLOM foi criado com o objetivo do gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para o controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para a obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes e uso de diferentes esquemas terapêuticos nas várias regiões do país (SICLOM, 2018).

O sistema de dispensação dos ARV segue as normas padronizadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/Aids), dessa forma, somente as farmácias dos serviços de assistência especializada credenciados são autorizadas a distribuir os medicamentos, sendo denominadas de unidades dispensadoras de medicamentos. Os pacientes com indicação para iniciar a terapia ARV devem ser cadastrados no SICLOM da farmácia, onde são orientados em relação ao esquema prescrito. A dispensação é realizada mensalmente de acordo com a prescrição (GOMES et al., 2009).

O Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (Sisgeno) foi desenvolvido para suprir o projeto de implantação da Rede Nacional para Genotipagem do HIV-1 (Renageno) em pacientes com falha terapêutica aos antirretrovirais (BRASIL, 2018a).

O Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (SIMC) é um sistema que permite visualizar e monitorar o *gap* de tratamento, ou seja, as pessoas vivendo com HIV/Aids que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral. O Sistema é importante porque permite identificar as pessoas que poderiam estar em tratamento, mas não

estão. Assim, os serviços têm a possibilidade de buscar essas pessoas, ofertar a TARV e inseri-las no tratamento (BRASIL, 2018a).

Do ponto de vista assistencial, foram criados, desde o final da década de 1980, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e ambulatórios especializados para a realização do diagnóstico e atenção integral às pessoas diagnosticadas com HIV (SANTOS, 2016).

Vários eventos recentes mudaram o panorama da aids. As pesquisas tiveram avanços positivos, principalmente relacionadas às estratégias de prevenção e eficácia do tratamento. Além disso, resoluções internacionais vêm desenvolvendo engajamento político e estratégias que focam populações com risco muito elevado de contaminação, contudo, aspectos políticos, religiosos e culturais, tem diminuído a eficácia de intervenções. A literatura preconiza que intervenções com foco em comportamentos de risco contribuem para a prevenção, enquanto que as intervenções focadas na adesão do tratamento, enfrentamento e gestão do estresse melhoram a gestão da doença e a qualidade de vida do portador. Vale destacar que o conhecimento sobre o HIV e como evitar a doença não faz automaticamente as pessoas incorporarem os comportamentos sexuais preventivos no seu dia a dia, sendo, portanto, necessário mais esforço no campo da prevenção como ações de educação continuada e campanhas pontuais abordando as populações vulneráveis (TRINDADE, 2019).

3.3 Cascata de cuidado e qualidade de vida com HIV

A evolução na eficácia da terapia antirretroviral de alta potência (HAART, sigla em inglês para *highly active antiretroviral therapy*) transformou a infecção pelo HIV em uma condição crônica manejável, mas as diversas barreiras no acesso ao cuidado adequado – tais como o diagnóstico tardio ou o abandono do tratamento – comprometem a saúde das PVHA. Assim, pessoas diagnosticadas oportunamente e com tratamento adequado podem alcançar expectativa de vida comparável à de pessoas que não vivem com o vírus, mas para isso é necessário que integrem a cascata em sua plenitude (BRASIL, 2018b).

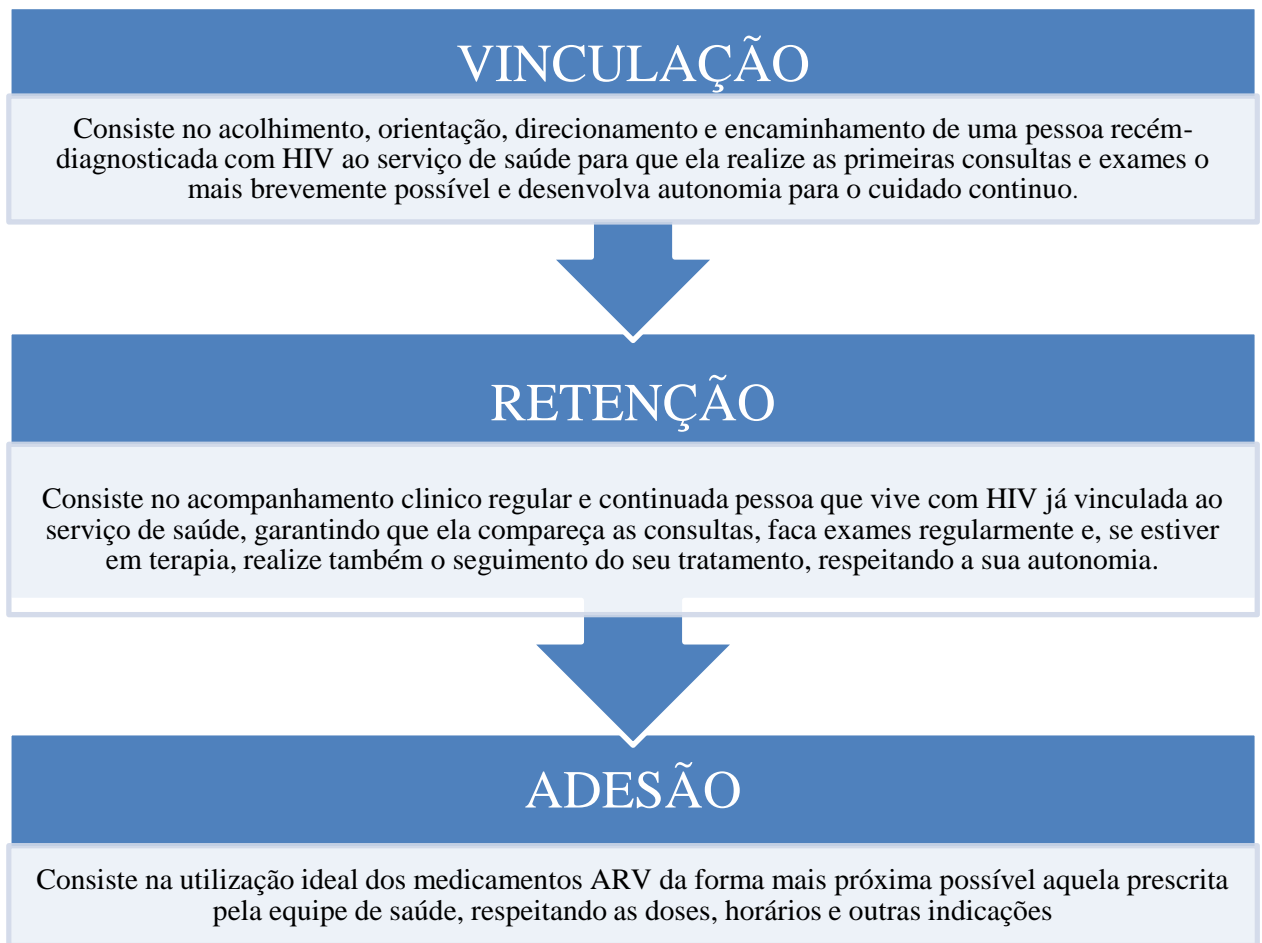
O cuidado contínuo em HIV pode ser entendido como o processo de atenção aos usuários que vivem com HIV passando pelos seguintes momentos: diagnóstico oportuno; vinculação do indivíduo positivo a um serviço de saúde; sua retenção no seguimento, por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos; início a TARV e promoção para uma boa adesão ao tratamento, a fim de alcançar os objetivos finais do cuidado; supressão da carga viral e o alcance de uma qualidade de vida compatível à das pessoas que não possuem HIV (BRASIL, 2017c).

No caso do HIV/Aids, o termo cascata do cuidado contínuo se refere à sequência de degraus que as pessoas vivendo com HIV/Aids precisam transpor desde a infecção até o objetivo final do cuidado, a supressão viral (BRASIL, 2017c).

Esses cinco momentos são representados como uma sequência de degraus na chamada “Cascata de cuidado contínuo do HIV”, e têm sido utilizados globalmente para estabelecer metas e monitorar os avanços relativos ao cuidado das PVHIV. No que diz respeito ao cuidado clínico e a atuação nos serviços brasileiros, definem-se os momentos de “vinculação”, “retenção” e “adesão” (Figura 1) (BRASIL, 2018b).

A contagem de linfócitos T-CD4+ no sangue é utilizada para analisar a condição imunológica do paciente. O exame de CD4, sobretudo aquele solicitado logo após o estabelecimento do diagnóstico de infecção pelo HIV, tem importante papel para avaliar a urgência de início da terapia antirretroviral, além de ser preditor da síndrome de reconstituição imune. Além disso, o CD4 é necessário para avaliar a indicação de profilaxias para as infecções oportunistas e imunizações (BRASIL, 2015).

A quantificação do vírus HIV na corrente sanguínea, ou carga viral (CV), é utilizada para o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral e detecção precoce da falha virológica. Em pacientes estáveis, em TARV e com CV indetectável, o foco do monitoramento laboratorial deve ser a detecção precoce de falha virológica, caracterizada por dois exames sequenciais de cargas virais detectáveis (BRASIL, 2015b).

Figura 1- Cascata de cuidado contínuo do HIV

Fonte: BRASIL, 2018c

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o conceito de qualidade de vida é definido como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (1994, apud GEOCZE et al., 2010).

A infecção pelo HIV traz sérias consequências para a qualidade de vida do paciente, tais como ansiedade, alteração no padrão do sono, ruptura das relações afetivas, dificuldade quanto à sexualidade. Neste contexto, o suporte emocional, seja da família seja dos amigos, torna-se essencial para auxiliar o indivíduo a enfrentar a doença, o tratamento e contribuindo com uma melhora na qualidade de vida deste paciente (LOPES, 2011).

Diante do novo cenário mundial em que a aids é considerada uma doença crônica é relevante entender as correlações existentes entre a qualidade de vida desses pacientes e a adesão à terapia ARV. Embora a relação entre esses dois fatores ainda não tenha sido extensamente estudada, sabe-se que a adesão à terapia ART melhora os resultados clínicos, controla o avanço da doença e diminui a taxa de mortalidade, o que, supostamente, deveria

resultar em uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Em contrapartida a esses benefícios, os efeitos colaterais dos ARV contribuem para a descontinuidade da medicação, que resulta no aumento da carga viral no sangue, diminuição da contagem dos linfócitos T CD4+ (CD4). Isso pode aumentar a resistência do HIV aos medicamentos, resultando em uma falha no tratamento, infecções oportunistas e desperdício de investimento (GEOCZE et al., 2010).

Desde que a síndrome da imunodeficiência adquirida foi reconhecida pela primeira vez, há mais de vinte anos, notável progresso foi obtido na melhoria da qualidade e duração de vida das pessoas com infecção por HIV. Embora tenham ocorrido avanços, a doença permanece como uma questão crítica de saúde pública (ALMEIDA et al., 2011).

Do ponto de vista psicossocial, há melhoria na qualidade de vida, resgate da vida afetiva e aumento na inclusão no mercado de trabalho. Ocorre, ainda, do ponto de vista econômico, a redução significativa do número de internações, menor ausência no trabalho e diminuição dos encargos sociais. Dessa forma, a alta eficácia do tratamento está associada à maior aderência dos pacientes, questão primordial no combate à doença (GUARAGNA et al., 2007)

A qualidade de vida é um aspecto a ser considerado ao longo do processo terapêutico da aids e é um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto das doenças de caráter crônico, podendo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto aos tratamentos e aprovação de novos regimes terapêuticos (GEOCZE et al., 2010).

A significativa morbidade dessa patologia e as diversas complicações decorrentes das doenças oportunistas levam a equipe assistente a procurar estratégias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes e modificar o triste quadro da realidade de reinternações frequentes, devido a não aderirem ao tratamento, apresentando cada vez mais debilidade em sua saúde (GUARAGNA et al., 2007).

3.4 Tratamento farmacológico e adesão ao ARV

A terapia antirretroviral altamente ativa começou a ser distribuída no Brasil em 1991, sendo sancionada pela Lei nº 9313 de novembro de 1996 que tornou obrigatória a distribuição gratuita dos ARV pelo sistema público de saúde. A TARV foi introduzida no sistema brasileiro de saúde em novembro 1996, como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos (GOMES et al., 2009; MELCHIOR, 2007).

A primeira droga aprovada para tratamento da AIDS foi a zidovudina (AZT, azidotimidina), em 1987, que possui o potencial de reduzir a multiplicação do vírus no organismo humano. Posteriormente, o Ministério da Saúde (MS) implementou a TARV para tratamento da aids, baseada num coquetel de medicamentos (BRASIL, 1999, 2012).

Durante a década de 1990, houve melhora no conhecimento da doença, ampliação dos recursos terapêuticos, aumento da sobrevida e mudança do perfil epidemiológico. Com o avanço das pesquisas farmacológicas e o advento dos antirretrovirais por inibição da protease, na segunda metade da década de 1990, uma nova fase do tratamento antirretroviral começou (GEOCZE et al., 2010).

Desde a aprovação do AZT, mais de 25 agentes antirretrovirais em seis classes terapêuticas foram aprovados para o tratamento de infecção por HIV. O tratamento antirretroviral é responsável pelo declínio dramático no número de mortes pela aids. A terapia sem interrupção e a disponibilidade de múltiplas drogas eficazes em classes com diferentes resistências, segurança, e perfis de tolerabilidade oferece opções após falha do tratamento de primeira linha (CIHLAR; FORDYCE, 2016).

Logo após o diagnóstico de um paciente uma decisão clínica deverá ser tomada para iniciar a TARV que deverá conter pelo menos dois e de preferência três drogas ativas de duas ou mais classes para supressão virológica. A recomendação internacional, também utilizada no Brasil, é que três ARV combinados sejam utilizados, sendo dois medicamentos da classe de inibidores análogos nucleosídicos da transcriptase reversa (INTR), de preferência um com base purínica e outro com base pirimidínica, ou um INTR associado a um inibidor nucleotídico da transcriptase reversa (INtTR), mais um inibidor não análogo nucleosídico da transcriptase reversa (INNTR), ou um inibidor da protease associado ao ritonavir (IP/r) (SANTOS, 2015). Preconiza-se a TARV combinada, utilizando classes distintas de inibidores na tentativa de burlar o fenômeno da resistência viral. Essa decisão em parte foi facilitada pela melhoria da tolerabilidade e segurança dos medicamentos utilizados nos regimes antirretrovirais.

O tratamento antirretroviral conta hoje com 20 medicamentos em uso no país, divididos em seis classes de drogas (Quadro 1). A indicação da terapia é baseada nas necessidades individuais, condições clínicas do paciente, eficácia virológica, potenciais efeitos adversos, quantidade de comprimidos, frequência da administração, potencial de interação fármaco-fármaco, resultados de teste de resistência, comorbidades e custo (CIHLAR; FORDYCE, 2016).

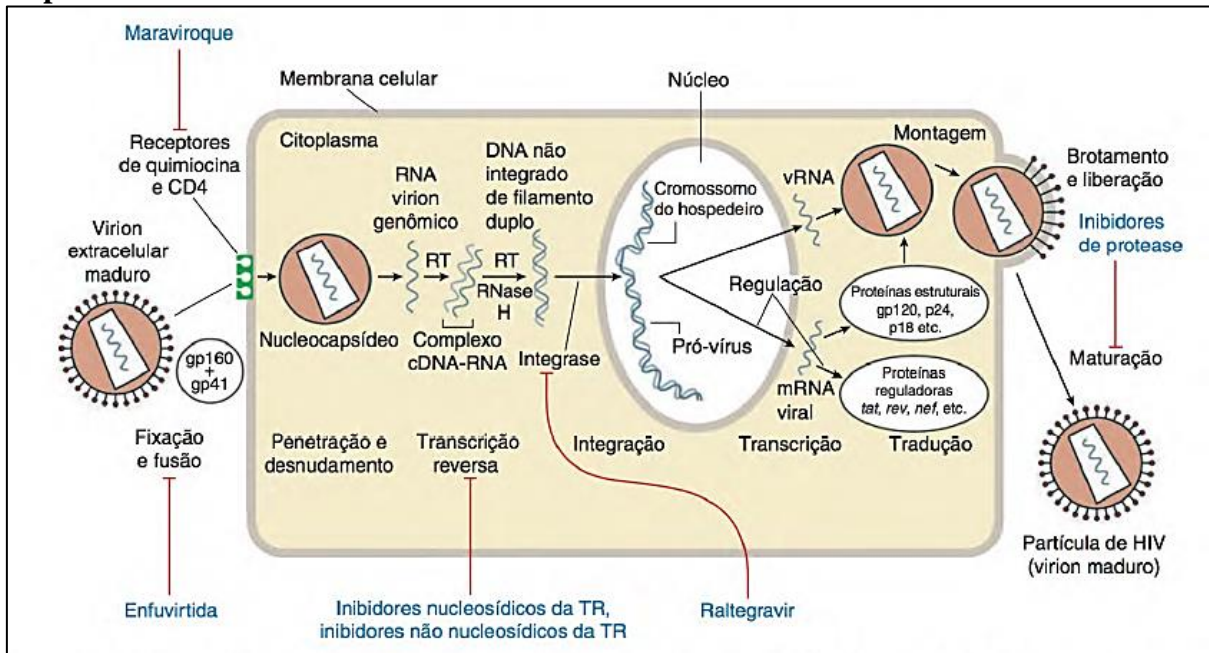
Quadro 1- Lista dos medicamentos antirretrovirais disponíveis no Brasil

Classe Farmacêutica	Medicamento
Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa	Abacavir (ABC)
	Didanosina (ddI)
	Lamivudina (3TC)
	Tenofovir (TDF)
	Zidovudina (AZT)
Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa	Efavirenz (EFZ)
	Nevirapina (NVP)
	Etravirina (ETR)
Inibidores de Protease	Atazanavir (ATV)
	Darunavir (DRV)
	Fosamprenavir (FPV)
	Lopinavir (LPV)
	Ritonavir (RTV)
	Tipranavir (TPV)
Inibidores de Fusão	Enfuvirtida (T20)
Inibidores da Integrase	Dolutegravir (DTG)
	Raltegravir (RAL)
Inibidores de Entrada	Maraviroque (MVQ)
Combinações	Tenofovir (TDF)+ Lamivudina (3TC) +Efavirenz (EFZ)
	Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC)
	Lamivudina (3TC) + Zidovudina (AZT)
	Lopinavir (LPV)+ Ritonavir (RTV)

Fonte: SICLOM, 2018

Os ARV (Figura 2) atuam diretamente no processo de entrada do vírus na célula e na sua replicação, fazendo com que a multiplicação do HIV seja reduzida diminuindo a quantidade de vírus no organismo, retardando o desenvolvimento da doença. Cada fármaco age em uma determinada etapa da reprodução do vírus, de modo a impedir sua replicação nas células de defesa, as células CD4, evitando assim que ele se forme ou replique (OLIVEIRA; PAES, 2013).

Figura 2- Ciclo de replicação do HIV 1 mostrando os locais de ação dos antirretrovirais disponíveis



Fonte: GOODMAN E GILMAN, 2012. Pág. 1624

Os inibidores de entrada ou adsorção impedem o vírus de se alojar nas células de defesa do organismo ao bloquear a interação do correceptor CCR-5 e a glicoproteína gp120 do envelope do HIV-1. O medicamento disponível dessa classe é o Maraviroc. Os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa impedem o vírus de fazer cópias de seus próprios genes. Para isso, criam versões defeituosas dos nucleosídeos, unidades básicas dos genes. Os inibidores não-nucleosídeos da transcriptase reversa também afetam o processo de replicação do HIV, ao aderir à enzima transcriptase reversa que controla o processo. Os inibidores de protease atingem a protease, enzima envolvida no processo de multiplicação do vírus. Por apresentarem estrutura muito semelhante à região de clivagem presente na poliproteína precursora das proteínas estruturais do HIV-1, essas drogas impedem que a protease viral realize o processamento e a clivagem dessa poliproteína, com consequente inibição da maturação viral. Os inibidores de fusão, como exemplo tem-se a enfuvirtida, que impede a entrada do HIV-1 em linfócitos TCD4+, bloqueando a etapa final da fusão do envelope do vírus com a membrana da célula, interagindo com a membrana celular e produzindo um estado intermediário de pré-grampo, fazendo assim uma ponte entre as duas membranas e ligando-se nas duas terminações da glicoproteína gp41 do envelope viral. Os inibidores da integrase do HIV-1 foram projetados de maneira a se ligarem ao sítio catalítico da enzima no complexo integrase-DNA viral e quelarem dois íons Mg^{++} presentes no sítio ativo

da enzima, com um efeito específico na transferência do DNA viral que será inserido no DNA celular. Assim, raltegravir e dolutegravir impedem a inserção do DNA proviral transcrito pela transcriptase reversa, no DNA celular (SANTOS, 2015).

O emprego da terapia ARV não é capaz de erradicar a infecção pelo HIV e eliminá-lo do organismo totalmente, mas diminui sua morbidade e mortalidade, e dessa forma melhora a qualidade e a expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.

O Brasil foi o primeiro país entre os emergentes a fazer a distribuição gratuita desses medicamentos a todos os portadores do vírus HIV, dessa forma, a profilaxia de algumas doenças oportunistas, o desenvolvimento das drogas antirretrovirais (ARV) combinada com o uso de drogas mais potentes tem elevado a expectativa de vida dos portadores do vírus HIV, além de reduzir de forma considerável a morte e internação. Pacientes que aderem a um esquema eficaz da TARV reduzem em até 96% o risco de transmissão do HIV ao parceiro sexual (BRASIL, 2012)

O advento da TARV permitiu uma diminuição considerável nas manifestações clínicas associadas à infecção pelo vírus HIV, ao lado de um ganho visível na qualidade de vida e no prognóstico das pessoas em tratamento. Seu principal objetivo é retardar o surgimento do quadro de imunodeficiência e melhorar a capacidade imunológica da pessoa infectada (BRASIL, 2007).

Os antirretrovirais podem causar alguns efeitos colaterais indesejáveis. São sintomas desagradáveis, em geral temporários, que podem ocorrer principalmente no início do tratamento e tendem a desaparecer em poucos dias ou semanas. Entre os mais frequentes, encontram-se: diarreia, vômitos, náuseas, rash cutâneo, agitação, insônia e sonhos vívidos, que muitas vezes causam grande desconforto e mal-estar. Muitas pessoas não sentem nenhum desses efeitos, o que pode estar relacionado com características pessoais, estilo e hábitos de vida (BRASIL, 2018b).

Desde que o diagnóstico não seja tardio, o tratamento ARV propicia uma melhoria na qualidade de vida do paciente, faz com que a infecção pelo HIV passe a ser vista como uma doença crônica, porém não letal. Todavia, para garantir o sucesso da terapia é necessária a adesão total às recomendações, com constante orientação de um profissional de saúde (BRASIL, 2008a apud OLIVEIRA; PAES, 2013).

Fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a incompatibilidade entre as drogas, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado, contribuem para dificultar a adesão ao processo terapêutico. Para que as pessoas sob tratamento possam lidar com tais exigências, é imperativo o

desenvolvimento de determinadas habilidades comportamentais e cognitivas (FAUSTINO; SEIDL, 2010).

Embora as taxas de sucesso da TARV sejam elevadas, com 80% dos pacientes tratados apresentando carga viral plasmática inferior a 50 cópias/mL, durante o tratamento, pode ocorrer falha terapêutica com a não obtenção ou não manutenção da carga viral em níveis indetectáveis. Esses pacientes, normalmente, necessitam de alterações em seus esquemas ARV, sendo o novo tratamento denominado “terapia de resgate”. Nesse caso, recomenda-se o acompanhamento do paciente utilizando o teste de genotipagem, o qual otimiza a terapia de resgate; sua realização logo após a falha terapêutica orienta a mudança precoce do esquema antirretroviral, reduzindo a chance de acúmulo progressivo de mutações e de ampla resistência aos medicamentos (SANTOS, 2015).

Estudos apontam a resistência viral, a toxicidade dos medicamentos e a necessidade de níveis elevados de adesão como as principais barreiras ao sucesso prolongado da TARV (BRASIL, 2007). Além disso, para que a TARV seja eficaz, os estudos indicam a necessidade de uso dos medicamentos em níveis equivalentes ou superiores a 95% das doses recomendadas, o que torna o tratamento ainda mais desafiador, especialmente frente aos relatos na literatura de que 30 a 50% dos pacientes não conseguem manter tais níveis de adesão (FAUSTINO; SEIDL, 2010).

Até 2015 as diretrizes preferenciais para terapia de primeira linha indicavam para ser iniciada com base na diminuição na contagem de células CD4 ou evidência clínica de AIDS, mas recentemente, a terapia passou a ser iniciada independentemente da célula CD4. Com isso a TARV foi ampliada para chegar a 15 milhões de pessoas. O tratamento passou a ser oferecido a todas as pessoas com diagnóstico do HIV, visando benefícios clínicos e redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2015).

A falta de resposta imunológica eficaz aumenta a vulnerabilidade a várias infecções oportunistas. A carga viral detectável persistente diminui a sobrevida global e está associada à síndrome metabólica e um espectro de condições ligadas a doença cardiovascular. O maior obstáculo da epidemia do HIV são indivíduos que continuam a ter carga viral detectável significativa, apesar da TARV (MALDONADO-MARTÍNEZ et al., 2015).

A falha terapêutica é consequência da falha virológica, imunológica e clínica, e pode ser decorrência de baixa adesão ao tratamento, inadequação do esquema terapêutico, fatores farmacológicos ou resistência viral. Na falha virológica, o paciente continua com carga viral detectável por seis meses após o início do tratamento ou volta a ter a carga viral detectável

depois de se tornar indetectável. A falha virológica é o principal parâmetro para a alteração do esquema terapêutico. Ela reduz os benefícios em relação à recuperação imunológica, aumenta o risco de regressão da doença e leva à emergência de resistência aos ARV. Na falha imunológica, 15 a 30% dos pacientes que iniciam a TARV podem apresentar deficiência na recuperação dos níveis de linfócitos TCD4+ (mesmo com supressão da replicação viral). Nesse caso, não se recomenda a alteração na TARV quando há supressão da carga viral. A falha clínica pode ser decorrente da recuperação imunológica insuficiente, falha de quimioprofilaxia para infecções oportunistas ou síndrome inflamatória de reconstituição imune. A ocorrência de doenças oportunistas na ausência de falha virológica não indica falha da TARV (SANTOS, 2015).

Embora a atenção seja mais voltada aos benefícios da TARV, a emergência de cepas resistentes constitui um problema para o paciente e para a saúde pública, haja vista que essas cepas podem ser transmitidas para outras pessoas, limitando alternativas de tratamento. Ainda na perspectiva da Saúde Pública, a adesão é potencialmente capaz de reduzir o risco da transmissão do HIV e de resistência aos medicamentos antirretrovirais. A transmissão de cepas virais resistentes é um problema em expansão, fortemente relacionado com a não-adesão ao tratamento (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Ao verificar-se resistência viral é recomendado a realização do teste de genotipagem para que possa ser iniciada a terapia de resgate. Através da genotipagem pode-se escolher os esquemas antirretrovirais com maior chance de supressão viral após a identificação das mutações que levaram à resistência. Além disso, propicia o uso de medicamentos ativos por períodos mais prolongados, evita trocas desnecessárias de antirretrovirais, evita a toxicidade adicional por medicamentos que não são efetivos e melhora a relação custo-benefício (BRASIL, 2018b).

Atualmente há evidências de que, mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de CD4, a replicação viral e a ativação imune crônica estão associadas ao desenvolvimento de doenças não tradicionalmente relacionadas à infecção pelo HIV, tais como eventos cardiovasculares. De fato, estudos observacionais têm demonstrado redução da morbimortalidade com o início mais precoce de TARV (BRASIL, 2015).

A quantificação do genoma viral como um indicador da resposta terapêutica é mais bem compreendida em relação ao HIV, para o qual a terapia tem como meta a redução dos níveis plasmáticos de RNA viral, para níveis indetectáveis pelo maior tempo possível (SANTOS, 2015).

Além disso a eficácia duradoura, segurança e tolerabilidade continuam a desempenhar um papel importante a longo-prazo o sucesso de terapias do HIV. Soma-se ainda a simplificação de regimes antirretrovirais que provavelmente será um foco de desenvolvimento clínico futuro (CIHLAR; FORDYCE, 2016).

Entre os fatores que comprometem o sucesso do programa de distribuição universal e gratuita dos medicamentos está a adesão dos pacientes à terapia antirretroviral. O fenômeno da não-adesão ao tratamento tem sido considerado universal, particularmente entre pessoas com doenças crônicas. Estudos sobre fatores associados ao tratamento com antirretrovirais (ARV) em países desenvolvidos têm confirmado que a adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e multicausal (GOMES et al., 2009).

Outras tecnologias de liberação sustentada de drogas podem promover e aumentar a conveniência da terapia antirretroviral, mas estes sistemas exigem drogas mais potentes devido à capacidade limitada de patches, implantes e outras tecnologias disponíveis atualmente de administração de medicamentos. Medicamentos antirretrovirais com novos mecanismos de ação, como os inibidores de fixação e de maturação estão em avançado estágios de testes clínico (CIHLAR; FORDYCE, 2016).

A adesão ao tratamento farmacológico deve ser compreendida como um processo de concordância entre a prescrição médica e a efetiva tomada dos medicamentos de forma correta, a qual deve ainda envolver uma disponibilidade de recursos como acesso aos serviços necessários, regularidade nas consultas, frequência na realização dos exames, cuidados com higiene e alimentação, sono e repouso (GUARAGNA et al., 2007). A adesão à TARV influencia significativamente nos resultados esperados com medicamentos antirretrovirais, garantindo, assim, o sucesso ou não terapia.

Uma definição mais ampla e abrangente assinala que adesão vai além da simples ingestão dos medicamentos, incluindo também o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que ainda não fazem o tratamento com os ARV (OLIVEIRA, 2013).

Considera-se a adesão como o maior determinante da resposta terapêutica. O termo adesão relacionado ao TARV está vinculado a um conjunto de fatores, entre eles, a disponibilidade de acesso ao TARV, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas,

retiradas de medicamentos, tornando-se um processo interativo, dinâmico e contínuo (PADOIN, 2011).

A efetividade da terapia HAART é dependente de uma estreita adesão ao regime prescrito, pois o uso irregular ou em doses insuficientes pode propiciar o desenvolvimento de vírus HIV resistente. Consequências de uma baixa adesão incluem limitações terapêuticas para o paciente e ameaça para a saúde pública, diante da possibilidade de transmissão de vírus multirresistentes (MALDONADO-MARTÍNEZ et al., 2015).

Em um estudo foram avaliaram três indicadores da qualidade da assistência em 322 serviços de saúde de sete estados brasileiros: disponibilidade de recursos, organização e gerenciamento técnico do trabalho. Os serviços obtiveram melhores pontuações nos indicadores relacionados à estrutura (utilização dos medicamentos, testes laboratoriais e recursos humanos), enquanto os indicadores relacionados ao processo da atenção e administração apresentaram piores pontuações indicando a necessidade de imediata intervenção nesta área (GOMES et al., 2009).

Os profissionais de saúde que atendem essa população devem ter uma linguagem adequada ao contexto cultural em que a mesma está inserida pois uma compreensão clara é um dos fatores relacionados com a efetividade do tratamento. Os pacientes devem entender o que ocorre consigo e as maneiras de preservar sua saúde torna pacientes e familiares sujeitos ativos na concretização de ações saudáveis e responsáveis. Esse processo permite a construção de sua autonomia e não da dependência dos funcionários do serviço, e ainda reflete em uma maior interação com outras pessoas e a participação social (GUARAGNA et al., 2007).

A baixa adesão traz como consequência uma diminuição da eficácia dos medicamentos, o agravamento do quadro clínico do paciente, além da disseminação das cepas resistentes. É necessário que o profissional de saúde busque alternativas que permitam uma introdução dos medicamentos na rotina do paciente, ajudando-o a compreender sua importância, estimulando-o a superar as dificuldades encontradas (MELCHIOR, 2009).

No processo de estímulo do paciente a adesão a TARV devem ser considerados os fatores facilitadores e dificultadores, o paciente, e o papel do profissional de saúde que deve procurar fortalecer a autonomia para o autocuidado. Ressalta-se que este processo é dinâmico, pois inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, além de não requerer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre uma pessoa que vive com HIV, uma equipe de saúde e as rede sociais (OLIVEIRA; PAES, 2013).

É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores de risco para a não adesão e, assim, proporcionar intervenções que

efetivamente viabilizem a promoção da adesão do paciente ao tratamento proposto (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Considera-se que, para se manter a carga viral indetectável é necessário que pelo menos 95% dos medicamentos ARV prescritos sejam efetivamente tomados. Como não existe uma medida “padrão-ouro”, diferentes métodos são utilizados para estimar a não-adesão, entre eles estão: autorrelato (entrevista estruturada), prontuário médico, contagem de pílulas, registro diário de uso de medicamentos, verificação dos níveis plasmáticos dos ARV, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia (GOMES et al., 2009). Na terapia combinada é necessário atingir alta proporção de uso dos medicamentos indicados (90,0%-100,0%) para suprimir a replicação viral (MALDONADO-MARTÍNEZ et al., 2015).

Em geral, o monitoramento eletrônico de doses, que permite estimar doses tomadas e respectivos horários, tem sido tomado como padrão-ouro para validação de outros métodos, mas tem como desvantagem o alto custo. A contagem manual de comprimidos é uma alternativa mais fácil e barata também utilizada para estimar as doses tomadas. Os questionários estruturados são largamente utilizados para medir não-adesão por sua facilidade operacional e baixo custo, apesar de, em sua maioria, possuírem baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo. Assim, recomenda-se o uso combinado de métodos para melhorar a acurácia (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008). Um dos métodos mais utilizados para estimar a adesão ao tratamento na prática clínica é o autorrelato do paciente. Sugere-se que um dos integrantes da equipe de saúde monte com o usuário um breve plano de adesão para que o paciente possa compreender e seguir a utilização rotineira do tratamento (BRASIL, 2018b).

A avaliação da adesão baseada nos registros de dispensação da farmácia tem sido mostrada como um indicador válido e confiável em estudos de associação com resultados virológicos e imunológicos, progressão clínica e mortalidade. Esse tipo de medição também se destaca pela oportunidade de avaliar todos os pacientes que iniciaram terapia e que retornam mensalmente para retirar os medicamentos, sendo possível verificar a situação de cada um, as ocorrências de irregularidades e as interrupções de tratamento (GOMES et al., 2009).

A adesão à TARV ainda não tem atingido um patamar satisfatório entre os pacientes. Algumas situações interferem diretamente como: a compreensão do paciente sobre a sua doença; a interação do HIV com seu sistema imunológico; o uso contínuo de medicamentos; o desconhecimento sobre exames e procedimentos, acompanhamento da terapia e manifestações da doença no organismo (OLIVEIRA; PAES, 2013). A medicação tomada de maneira inadequada ou insuficiente (lapsos, falhas nos dias ou nos horários) contribui para a

emergência da resistência à terapia farmacológica e para o comprometimento dos resultados clínicos.

Enquanto o alto consumo de medicamentos é demonstrado e discutido em diversos estudos, desperta preocupação em profissionais e autoridades de saúde a questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Também tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde, juntamente com outros fatores que influem sobre uso racional de recursos terapêuticos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A não adesão ao tratamento ocorre tanto em países ricos quanto em países mais pobres e vem sendo apontada como um fator que se relaciona ao paciente. Porém, o contexto em que os profissionais de saúde que o assiste e os locais onde o tratamento é realizado influencia diretamente na escolha entre realizar uma terapia ou não. A causa mais comum da falha do tratamento e é a principal variável na qual os serviços de saúde podem intervir para aumentar a efetividade da medicação, é a não adesão aos ARV. Dentre vários fatores que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento destaca-se a compreensão insuficiente sobre o uso dos medicamentos, bem como a falta de informação sobre os riscos advindos da não-adesão. Uma vez que as pessoas não podem tomar os medicamentos corretamente se não sabem como fazê-lo. Fornecer informações sobre os medicamentos constitui atividade fundamental para promover a adesão (MALDONADO-MARTÍNEZ et al., 2015).

Vários autores referem que, em geral, as taxas de adesão para tratamento de doenças crônicas, com tratamento prolongado já são baixas, e isto se agrava ainda mais quando se associa a uma doença com limitada perspectiva de sobrevida. O desenvolvimento de resistência e a subsequente perda da ação das drogas contra o HIV constituem a barreira primária para a eficácia do tratamento em longo prazo. Há que se considerar ainda a habilidade do vírus produzir mais cópias de si mesmo, e ao fazer isto, gerar mutações espontâneas do genoma viral (FIGUEIREDO et al., 2001).

Para que o tratamento anti-HIV seja mais eficaz, é recomendável inicia-lo antes que a pessoa tenha alguma doença e que seu sistema imunológico esteja muito enfraquecido. Esta é a razão pela qual, hoje, muitas pessoas infectadas pelo HIV fazem o tratamento enquanto dispõem de boa saúde (ALMEIDA et al., 2011).

Outros fatores inerentes à dificuldade de adesão à TARV podem estar relacionados à complexidade da vida das pessoas portadoras do HIV, aos contextos socioeconômicos desfavoráveis, ao limitado acesso à terapia pelas populações marginalizadas e à falta de intervenções eficazes para ajudar os pacientes a alcançar e manter níveis adequados de adesão.

destacam o sucesso na adesão como responsabilidade dos profissionais de saúde e dos pacientes; e que os serviços de saúde são locais privilegiados para intervenções (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Para o sucesso da adesão, são necessários três níveis diferentes de comprometimento. O primeiro está relacionado ao serviço: exames laboratoriais, especialidades, agendamentos facilitados, vínculo e acolhimento (eficiente, eficaz, resolutivo). O segundo se relaciona com a qualidade de assistência prestada pelo profissional, no seu empenho em ouvir, interagir, conscientizar, adequar sua linguagem, etc. Por fim, temos o papel do paciente, que precisa conhecer, compreender e aceitar o tratamento proposto, aderindo às estratégias para o autocuidado, orientações alimentares, uso correto das medicações, exercícios físicos com o objetivo de aumentar a qualidade de vida, entre outras (GUARAGNA et al., 2007).

Indicadores mostram que algumas intervenções são necessárias assim como o cumprimento é construído em um processo contínuo entre profissionais e pacientes. Este último deve cumprir com o tratamento, compreender e comprometer-se a realizar a orientação dispensada. Deve-se levar em consideração que, a fim de favorecer adesão ao tratamento entre os indivíduos com o vírus HIV, é fundamental que a equipe de saúde conheça os fatores que podem interferir em sua continuidade. Por isso, é imprescindível que as especificidades dos usuários sejam reconhecidas (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008).

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 198, traz como uma das propostas a democratização das informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. No tangente a esse aspecto, é fundamental o papel da equipe de saúde no fornecimento dessas informações e orientações sobre a patologia e tratamento, visto que, no retorno ao seu domicílio, há necessidade de manter a terapêutica proposta por tempo prolongado (GUARAGNA et al., 2007).

Uma comunicação inadequada entre o paciente e o profissional da saúde sobre os medicamentos e o cumprimento da prescrição, tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica e, constitui um dos mais frequentes relatos de dificuldades na relação médico-paciente, durante entrevistas com indivíduos infectados pelo HIV. A literatura enfatiza a importância de fornecer aos pacientes informações por escrito, como meio de reforçar as instruções verbais e assim aumentar a compreensão do regime terapêutico prescrito (CECCATO et al., 2004).

Sabe-se que a adequada adesão ao tratamento se destaca dentre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais e dietéticas, além do uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão, assumindo importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade (ALMEIDA et al., 2011).

Alguns trabalhos realizados, para avaliar a não adesão por parte dos pacientes, mostraram que a adesão ao tratamento diminui à medida que a complexidade (número de drogas, número de comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam; também diminui à medida em que o regime proposto interfere nas atividades e no estilo de vida do paciente; tende a ser menor em pacientes com uma atitude pessimista em relação à sua doença; e, finalmente, a adesão geralmente é menor se a comunicação e interação entre o paciente e o profissional de saúde forem deficientes (GUARAGNA et al., 2007)

A partir de vários dados alarmantes, muitas estratégias têm sido desenvolvidas para avaliar a adesão terapêutica, entre elas a adoção de medidas laboratoriais para dosagem dos medicamentos no organismo, embalagens com dispositivos especiais que regulem o horário de abertura dos frascos e até a aplicação de questionários que visem à determinação da adesão referida. A análise dessas estratégias tem mostrado que a aplicação de questionários (método indireto) é tão efetiva quanto a adoção de outras técnicas mais onerosas (método direto) (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Por outro lado, a prevalência de adesão tende a ser mais alta quando o serviço de saúde é mais organizado, o paciente percebe que tem suporte social, considera que o esquema terapêutico se adapta à sua rotina diária, acredita que o uso incorreto da medicação leva ao desenvolvimento de resistência viral e que o uso correto melhora a sobrevida e sua qualidade de vida (LEITE et al., 2002).

Todas essas atividades devem ser desenvolvidas continuamente e, para isso, existe a necessidade do comprometimento da equipe e do paciente, o que pressupõe que um vínculo entre ambos deva ser construído. A adesão acontece a partir do momento em que o paciente aceita sua condição de saúde, entende os mecanismos da doença e opta pelo autocuidado, por ser parte ativa do processo. Como uma prática de educação em saúde relacionada à aprendizagem, permite a pessoa pensar e repensar sua cultura e, assim, intervir responsavelmente na sua realidade por meio de mudanças de comportamentos, práticas e atitudes (GUARAGNA et al., 2007).

A compreensão do conceito de adesão coloca-se como um importante realce no contexto multiprofissional de saúde, pois se evidencia a necessidade de investigar as causas dos abandonos do seguimento de saúde ou da frequência irregular ao serviço, bem como as falhas na continuidade do tratamento, especialmente ao TARV. Atualmente, não está estabelecido um método padronizado para a avaliação da adesão. Por isso, o desenvolvimento de estratégias a fim de melhorar a adesão requer investigação e entendimento de fatores que influenciam na sua construção. Nesta perspectiva, vem-se trabalhando com o conceito de vulnerabilidade, a fim de identificar as principais predisposições para a não adesão ao TARV. Estas resultam de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também do contexto coletivo, acarretando uma maior suscetibilidade e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a pessoa se proteger (PADOIN, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e período de investigação

O trabalho consistiu em um estudo transversal, de caráter avaliativo com análise descritiva com base em dados secundários, levantados mediante a verificação direta em prontuários. Foram utilizados os anos de 2016 e 2017 como referência, considerando o registro de casos de HIV/Aids desde o início do programa em 1996.

4.2 Local de estudo e instituição envolvida

O estudo foi realizado no município de Diamantina-MG, que está situado no Alto Jequitinhonha e é sede da Região de Saúde. O município é o maior do Vale Jequitinhonha, com uma população em 2013 de 47.647 habitantes (IBGE, 2016). Seu IDH é de 0.716 segundo Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios/IDHM (PNUD, 2016). E a área física é de aproximadamente 3.892 Km², tendo oito distritos agregados e 33 estabelecimentos de saúde pública.

O município conta com o Serviço de Assistência Especializada (SAE) vinculado ao Programa IST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. O SAE de Diamantina é referência em HIV/Aids e Hepatites Virais para a região, totalizando 27 cidades atendidas pelo serviço. O serviço consta ainda com um CTA (centro de testagem e aconselhamento) e uma UDM (unidade dispensadora de medicamentos). A equipe do programa é composta por um enfermeiro que é coordenador da unidade; uma subcoordenadora; um médico; uma farmacêutica e uma técnica em enfermagem.

4.3 População em estudo e critérios de inclusão e exclusão

Os prontuários utilizados na pesquisa foram de usuários do SAE de Diamantina portadores do HIV/Aids, independente da via de transmissão, em tratamento antirretroviral com diagnóstico e critérios do Programa Nacional em Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de aids que são cadastrados e realizam acompanhamento médico na unidade (BRASIL, 2018b).

Foram incluídos no estudo os prontuários dos pacientes dos municípios que referenciam seus pacientes portadores de HIV/AIDS para o SAE de Diamantina e que estão efetivamente ligados ao mesmo.

Foram excluídos os prontuários que não apresentarem seus campos completos (devidamente preenchidos), pacientes provenientes de outros municípios que não pertenciam as regiões do estudo; prontuários de pacientes que não realizam acompanhamento com o médico do SAE e pacientes que faleceram até o período da análise.

4.4 Instrumento e coleta de dados

A pesquisa utilizou dados obtidos de prontuários dos pacientes incluídos no estudo, assim como informações disponíveis no SICLOM, SISCEL, SINAN e documentos próprios do serviço.

A avaliação dos prontuários dos pacientes foi realizada com o auxílio de um formulário de autoria própria (APÊNDICE) aprovado pela instituição e pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

A identificação de casos de abandono foi realizada com base na listagem de dispensação de medicamentos, pelo critério de pelo menos noventa dias sem retirada dos medicamentos.

4.5 Processamento e análise dos dados

Utilizou-se o software Microsoft Excel, para estruturação do banco de dados, organizando e agrupando as informações necessárias aos objetivos da pesquisa. Após a construção do banco de dados, este foi exportado para o Programa IBM SPSS Statistics, Version 22, pelo pesquisador com dupla repetição para realizar as análises dos dados.

O resultado do exame de carga Viral dos pacientes foi o parâmetro utilizado para verificar a resposta à terapia ARV. Além disso, para descartar a possibilidade de resistência do vírus HIV à Terapia ARV foram analisados os exames de genotipagem realizados.

Os dados foram analisados utilizando as frequências relativa (porcentagem) e absoluta (n) das classes de cada variável para caracterizar a amostra estudada. As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se meios para resumir a informação, além de Desvios-Padrão (DP) para indicar a variabilidade dos dados.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi precedido pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) sob o nº 2.008.940.

É importante ressaltar que identidade de todos os participantes da pesquisa foi mantida em sigilo, o tratamento e manuseio dos dados foram submetidos com total confidencialidade e privacidade, a fim de garantir somente a divulgação quantitativa dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo revisou-se 181 prontuários de pacientes com diagnóstico de HIV/Aids. Desses, 23 foram excluídos, sendo 4 por terem iniciado tratamento em 2017; 6 por terem falecido no período da análise e 13 por não realizarem acompanhamento com o médico do SAE. A amostra final foi composta por 158 prontuários arquivados na unidade de saúde.

5.1 Características sociodemográficas

No presente trabalho verificou-se que a maioria dos pacientes cadastrados no programa são do sexo masculino (62%), fato esse corroborado por ALMEIDA (2011), ao avaliar a adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes, onde obteve um total de 65% de pacientes do sexo masculino, resultado próximo ao encontrado nesse estudo.

A identificação do sexo masculino como sendo o mais prevalente pode ser justificada pelo fato de que a transmissão por via sexual nas relações heterossexuais é mais comum do homem para a mulher do que da mulher para o homem, devido à maior virulência do sêmen em relação aos fluidos vaginais e do homem ser mais ativo sexualmente e realizar de forma desprotegida.

A transmissão do homem para a mulher ocorre mais efetivamente, devido as condições biológicas (a maior extensão da mucosa vaginal), e pelo fato do vírus se apresentar em quantidade muito maior no líquido seminal, quando comparado ao fluido vaginal (CAMPOS, 2011). Além disso, o homem é considerado mais ativo sexualmente e predisponente a realização do ato sexual de forma desprotegida.

A média de idade encontrada nesse trabalho foi de $44,12 \pm 11,5$ anos. Resultado parecido foi encontrado em estudo realizado por GIR (2005) com uma média de 38,2 anos. A idade mínima encontrada e incluída no projeto foi de 16 anos e a máxima de 76 anos. A faixa etária de maior incidência foi acima de 40 anos, diferente do estudo conduzido por GOMES (2009) em que 53,2 % dos casos foram de pessoas com menos de 35 anos. Esse fato pode ser explicado devido ao fato da população local ser constituída majoritariamente de adultos de maior idade e idosos, além do diagnóstico tardio.

A alta prevalência de um baixo grau de escolaridade obtida no trabalho, onde 31% possuía ensino fundamental incompleto. Da mesma forma outros estudos relacionados aos ARV encontraram resultados semelhantes como OLIVEIRA (2013) e SEIDL (2007). Esse dado

é considerado preocupante pois um baixo nível intelectual pode refletir diretamente na adesão ao tratamento por aumentar a dificuldade do entendimento das informações sobre a terapia e seus esquemas terapêuticos. O grau de escolaridade é um indicador na análise de dados epidemiológicos, para aferir a condição socioeconômica da população, onde os baixos níveis educacionais estão relacionados com estratos sociais mais pobres. A aids tem atingido todas as camadas sociais. No início da epidemia, acometeu indivíduos com maior grau de escolaridade, no entanto, com o avanço da doença houve mudança neste padrão, atingindo atualmente indivíduos com menor grau de escolaridade, o que foi constatado neste estudo (SOARES e MORAIS, 2014).

A Tabela 1 demonstra as variáveis sociodemográficas dos pacientes atendidos no Serviço de Atenção Especializado de Diamantina, conforme consta nos prontuários.

Averiguando-se a cor da pele, foi encontrado 64% de pardos, 20,1% de brancos e 12,2% de negros. Em 3,7% dos prontuários essa informação não foi registrada, sendo considerado “não informado”. Em relação da cor da pele encontrada no estudo, sobressaiu a cor parda com 65,2% dos casos. Estudo realizado por BLATT (2009) em um município no sul do Brasil, observou 70,1% de pacientes brancos. Esse fato demonstra a variação étnica em relação a região do país.

Tabela 1- Perfil dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	60	38,0
Masculino	98	62,0
Faixa etária		
13-19	2	1,3
20-29	17	10,8
30-39	34	21,5
40-49	52	32,9
≥50	53	33,5
Escolaridade		
Analfabeto	12	7,6
Ensino fundamental incompleto	49	31,0
Ensino fundamental completo	9	5,7
Ensino médio completo	26	16,5
Ensino superior	13	8,2
Ignorado	49	31,0
Cor/Raça		
Negro	20	12,7
Branco	29	18,4
Pardo	103	65,2
Não informado	6	3,8

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Foi analisado o local da moradia dos pacientes cadastrados e verificou-se que o programa acompanha pacientes de 23 cidades diferentes da região (Tabela 2). Aquelas com maior número de pacientes cadastrados são Diamantina (29,7%), Capelinha (16,5%) e Minas Novas (12,7%).

Em relação às características do local de moradia verificou-se que 25,32% moram na zona rural. Esses pacientes precisam de uma atenção especial devido a distância que percorrem para chegar à unidade de saúde para fazer seu acompanhamento e pegar medicamentos. Para esses pacientes a opção por pegar mais de um mês de medicamentos seria o indicado. Entre as 23 cidades com pacientes em tratamento pelo programa, Diamantina foi a cidade com o maior número de casos (29,7%), fato esse justificado por ser a cidade com o maior número de habitantes da região, mas pode-se levantar a questão da facilidade do diagnóstico na realização de teste rápido e estrutura laboratorial das cidades maiores.

Em relação à zona de moradia, 118 pessoas (74,68%) moram na zona urbana e 40 (25,32%) moram a zona rural de Diamantina ou cidades vinculadas.

Tabela 2- Local de moradia dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Município de residência		
Diamantina	47	29,7
Capelinha	26	16,5
Minas Novas	20	12,7
Itamarandiba	9	5,7
Chapada do Norte	7	4,4
Couto Magalhães de Minas	7	4,4
Gouveia	7	4,4
Felício dos Santos	4	2,5
Sabinópolis	4	2,5
Turmalina	4	2,5
Datas	3	1,9
Presidente Kubitschek	3	1,9
Rio Vermelho	3	1,9
Serro	3	1,9
Aricanduva	2	1,3
Leme do Prado	2	1,3
Araçuaí	1	0,6
Bocaiuva	1	0,6
Coluna	1	0,6
Congonhas do Norte	1	0,6
Corinto	1	0,6
Santo Antônio do Itambé	1	0,6
São Gonçalo do Rio Preto	1	0,6
Local da moradia		
Zona urbana	118	74,7
Zona rural	40	25,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Quanto ao comportamento sexual os mais referidos foram heterossexuais com 67,1%; homossexuais, com 18,4% e bissexuais com 7% de casos (Tabela 3).

Tabela 3- Casos segundo sexo e parceria sexual dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

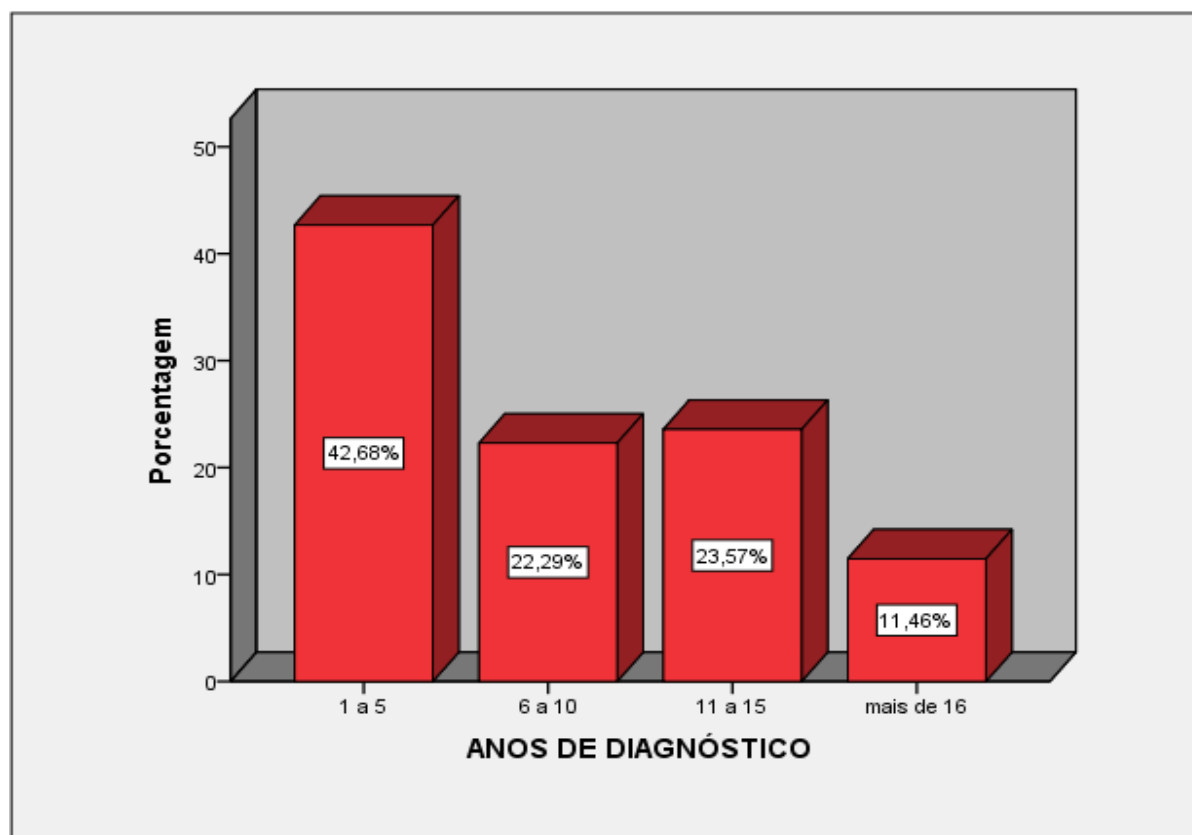
Orientação sexual	Sexo	Frequência	Porcentagem
Heterossexuais	Masculinos	57	36,1
	Femininos	49	31,0
Homoafetivos	Masculinos	29	18,4
	Femininos	0	0,0
Bissexuais	Masculinos	11	7,0
	Femininos	0	0,0
Não relatado	Masculinos	8	5,1
	Femininos	3	1,9
Não se Aplica	Transmissão Vertical	1	0,6
Total		158	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

5.2 História médica e situação clínica atual

No presente estudo 42,68% dos casos analisados seu tempo de diagnóstico foi de 1 a 5 anos (Figura 3). A média do tempo do diagnóstico foi de 8,17 anos ($\pm 6,14$). O tempo médio de tratamento (8,17) encontrado pelo estudo foi próximo ao encontrado por Blatt, 2009 (5,8 anos). A faixa de tempo de diagnóstico de 1 a 5 anos que obteve o maior número de casos demonstra que incidência de novos casos do HIV/Aids ainda existe e as ações de prevenção devem ser priorizadas.

Figura 3- Tempo de diagnóstico do HIV dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017



Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Em relação ao histórico clínico do paciente, em 93,04% a fonte de contaminação notificada foi por via sexual e apenas 0,63% por transmissão vertical. Não foram relatadas outras formas de transmissão.

De acordo com os prontuários, 34,18% dos pacientes passou por internação hospitalar no período do tratamento. Em 65,82% não foi relatado nenhum período de internação durante o tratamento. Através do histórico clínico presente nos prontuários do paciente 34,18% referiram a um período de internação hospitalar. SEIDL (2007) em seu estudo “Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral” avaliou essa variável e encontrou 60,4% de casos de internação. Através desse dado podemos inferir uma diminuição na porcentagem de casos de internação, fato que pode ser devido a evolução no tratamento ARV de 2007 para 2017.

Ao verificar se houve necessidade de encaminhamento para algum especialista ou profissional da rede de saúde (Tabela 4) encontrou que 47,5% dos pacientes foram encaminhados com registro no prontuário. Sendo que na maioria dos casos (17,7%) foram encaminhados para psicólogo e 6,3% foram encaminhados para o serviço da assistência social.

A maior incidência de encaminhamentos para o psicólogo (17,7%) e serviço social (6,3%) em relação aos outros encaminhamentos refletem as particularidades da doença que até hoje exerce grande impacto social na vida dos pacientes, tornando necessário a oferta de suporte especializado.

Tabela 4- Encaminhamento para especialista dos pacientes em tratamento dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Especialidade	Frequência	Porcentagem (%)
Psicólogo	28	17,7
Serviço Social/Assistente Social	10	6,3
Ginecologista	5	3,2
Neurologista	5	3,2
Clínico Geral	4	2,5
Dermatologista	4	2,5
CAPS	3	1,9
Oftalmologista	3	1,9
Psiquiatra	3	1,9
Cardiologista	1	0,6
Cirurgião	1	0,6
Conselho Tutelar	1	0,6
Nefrologista	1	0,6
Nutricionista	1	0,6
Obstetra	1	0,6
Odontologia	1	0,6
Oncologista	1	0,6
Ortopedista	1	0,6
Otorrinolaringologista	1	0,6
Nenhum	83	52,5

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Foram encontradas 472 comorbidades e Coinfecções (Tabela 5) registradas durante o tratamento no período analisado. Entre as mais relatadas encontram-se o alcoolismo (4,7%); Tabagismo (5,7%); Candidose/Oral/Estômago/ Duodeno (3,8%); anemia (3,4%); Herpes Zoster (3,4%); depressão (3,2%); Infecção do trato urinário (3,2%); Sífilis (3,2%); dislipidemia (2,7%); Pneumonia (2,3%); Uso de Drogas (2,1%). Prontuários que não relatavam nenhuma comorbidades somaram 4,0%. Deve-se pontuar a existência de mais de uma comorbidades por paciente. O resultado encontrado no número de casos das coinfeções e comorbidades relatadas em prontuário é um dado preocupante, já que 4,7 % está envolvido com alcoolismo, e 3,2% possui depressão. A depressão é um dos sintomas psicológicos mais relatados por adultos mais velhos infectados pelo HIV e a probabilidade de sua ocorrência em indivíduos infectados pelo

HIV é três vezes maior em comparação com a população em geral. Os sintomas provocados pela depressão podem impactar negativamente sobre a adesão à TARV, a cascata de cuidado e a qualidade de vida (BEMELMANS et al., 2016).

Tabela 5- Comorbidades e Coinfecções relatadas e registradas durante o tratamento dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Problemas/Comorbidades	Frequência	Porcentagem (%)
Doenças microbianas	86	18,2
Neurológicos e psicológicos	58	12,3
Orogastrointestinal	47	10,0
Genito-urinário	37	7,8
Cardiovasculares	32	6,8
Respiratório	32	6,8
Tabagismo	27	5,7
Alcoolismo	22	4,7
Dermatológicos	21	4,4
Hematológicos	19	4,0
Imunológico/Inflamação	15	3,2
Problemas Hormonais	12	2,5
Osteomuscular	11	2,3
Problemas hepáticos	10	2,1
Uso de drogas	10	2,1
Neoplasia	6	1,3
Problemas renais	4	0,8
Oftalmológicos	3	0,6
Problemas otológicos	1	0,2
NENHUM	19	4,0
TOTAL	472	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Em relação aos parâmetros laboratoriais observados no período do estudo, 78,5% dos pacientes tinham carga viral indetectável e 21,5% detectável. Quanto a contagem de linfócitos T CD4 verificou-se que 25,9% dos pacientes estavam com resultado menor ou igual 350 células/mm³ em seu último exame e 74,1% estavam com CD4 maior que 350 células/mm³. Vale ressaltar que 12 pacientes estava com carga viral detectável e CD4 menor ou igual a 350 células/mm³ (Tabela 6).

Em relação aos parâmetros laboratoriais analisados neste estudo, 21,5% dos pacientes estavam com carga viral detectável e 25,9% estavam com CD4 menor ou igual a 350 células/mm³. Além disso, os 12 pacientes que possuem carga viral detectável e o CD4 menor ou igual a 350 células/mm³ devem ser cuidadosamente acompanhados devido à maior suscetção a infecções oportunistas. A meta estabelecida pela UNAIDS para eliminar a epidemia pelo mundo em que 90% das pessoas em tratamento tenham a carga viral indetectável

pode ser alcançada ao acompanhar os 34 pacientes com a carga viral focando em suas individualidades e os problemas enfrentados. O trabalho de orientação realizado com todos os pacientes para evitar o aparecimento do sentimento de não necessidade da medicação por terem a carga viral indetectável deve ser sempre mantido.

Tabela 6- Resultado exame CD4 e exame de carga viral dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Linfócitos T CD4	Carga viral			
	Indetectável	Porcentagem	Detectável	Porcentagem
Menor ou igual a 350 células/mm ³	29	18,4	12	7,6
Maior que 350 células/mm ³	95	60,1	22	13,9

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

A partir dos prontuários, foram verificados os medicamentos prescritos com maior frequência durante o acompanhamento no programa (Tabela 7). Dentre os mais citados estão sulfametoxazol+trimetoprim (59); Fluconazol (23); Amitriptilina (17) e Fluoxetina (10). Os medicamentos registrados em prontuário mais prescritos foram o SMT+TMP, fluconazol, amitriptilina e fluoxetina, que são antibiótico, antifúngico e antidepressivo, respectivamente. A associação dos antibióticos e antifúngicos está relacionada com a profilaxia e tratamento de infecções oportunistas devido a baixa imunidade.

Tabela 7- Medicamentos prescritos durante o acompanhamento no programa registrados em prontuário dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Classe terapêutica/ Indicação	Frequência	Porcentagem
Antibiótico	124	26,4
Antidepressivo	49	10,4
Antifúngico	36	7,7
Suplemento vitamínico ou eletrolítico	24	5,1
Antiparasitário	23	4,9
Anticonvulsivante	19	4
Anti-hipertensivo	18	3,8
Ansiolítico	13	2,8
Estatina	12	2,6
Antidiabético	11	2,3
Anti-inflamatório, relaxante muscular	9	1,9
Antiviral	9	1,9
Neuroléptico	9	1,9
Anticolinérgico	7	1,5
Antiepilético	7	1,5
Antipsicótico	7	1,5
Corticoide	7	1,5
Diurético	7	1,5
Anti-ulceroso	6	1,3
Analgésico, antipirético	3	0,6
Antiagregante Plaquetário, anticoagulante	3	0,6
Reposição Hormonal	3	0,6
Anti-histamínico, antialérgico	2	0,4
Antitireoidiano	2	0,4
Fibrato	2	0,4
Tratamento da disfunção erétil	2	0,4
Antiverruga	1	0,2
Broncodilatador	1	0,2
Cardiotônico	1	0,2
Estabilizador de humor	1	0,2
Tratamento da Hanseníase	1	0,2
Tratamento do Câncer	1	0,2
NENHUM	50	10,6
TOTAL	470	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

5.3 Caracterização e quantificação das medicações ARV em uso

No presente estudo foram encontrados 17 esquemas diferentes em uso dos ARV prescritos pelo médico do programa (Tabela 8). O esquema com Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF+3TC+EFV) é utilizado por 52,5% dos pacientes, seguido pelo esquema Tenofovir + Lamivudina + Atazanavir + Ritonavir com 26,6% e Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir por 3,8%. O esquema ARV combinado com TDF+3TC+EFZ foi o mais

encontrado (52,5%), isso se deve ao fato de que esse esquema era o de primeira linha no tratamento de dezembro de 2013 até fevereiro de 2017 em que foi substituído pelo esquema TDF+3TC+DTG e passou a ser um esquema alternativo para casos de intolerância e contraindicação do DTG.

Tabela 8- Esquemas antirretrovirais dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Esquema	Frequência	Porcentagem
(TDF+3TC+EFZ)	83	52,5
(TDF+3TC) + (ATV) + (RTV)	42	26,6
(TDF+3TC) + (DTG)	6	3,8
(TDF+3TC) + (LPV+RTV)	5	3,2
(3TC+AZT) + (ATV) + (RTV)	4	2,5
(3TC+AZT) + (TDF) + (LPV+RTV)	3	1,9
(ABC) + (3TC) + (ATV) + (RTV)	2	1,3
(3TC+AZT) + (EFZ)	2	1,3
(TDF+3TC) + (DTG) + (DRV) + (RTV)	2	1,3
(3TC+AZT) + (TDF) + (ATV) + (RTV)	2	1,3
(ABC) + (3TC) + (EFZ)	1	0,6
(LPV+RTV) + (DTG)	1	0,6
(3TC+AZT) + (LPV+RTV)	1	0,6
(TDF+3TC) + (DTG) + (RTV)	1	0,6
(TDF+3TC+EFZ) + (DTG) + (DRV) + (RTV)	1	0,6
(TDF+3TC+EFZ) + (RTV) + (DRV) + (RAL)	1	0,6
(3TC+AZT) + (DTG)	1	0,6

TDF: Tenofovir ; 3TC: Lamivudina; EFV: Efavirenz; DTG: Dolutegravir; ATV: Atazanavir; RTV: Ritonavir; ABC: Abacavir; LPV: Lopinavir; DRV: Darunavir; RAL: Raltegravir.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Neste estudo 62,7% dos pacientes tiveram seus esquemas modificados. Os motivos de mudança da TARV (Tabela 9) 12,7 % foram decorrentes da falha terapêutica, 12% para melhorar a adesão, 16,4% devido às reações adversas aos medicamentos e 1,9% por recomendação do Ministério da Saúde por motivos de suspensão ou diminuição da compra de algum dos medicamentos. Deve-se ressaltar que 19,6% dos pacientes que passaram por mudança no seu esquema ARV não havia registro do motivo substituição. A troca do esquema de tratamento é uma alternativa utilizada para que em muitos casos seja obtida melhorara dos resultados da terapia. Neste estudo 62% dos pacientes tiveram seus esquemas modificados. Na maioria dos casos descritos, essa mudança foi decorrente das reações adversas relacionadas aos

medicamentos (19,6%). Mas as razões para a mudança dos ARV foram subregistradas, pois não foi informado o motivo em 19,6% dos casos.

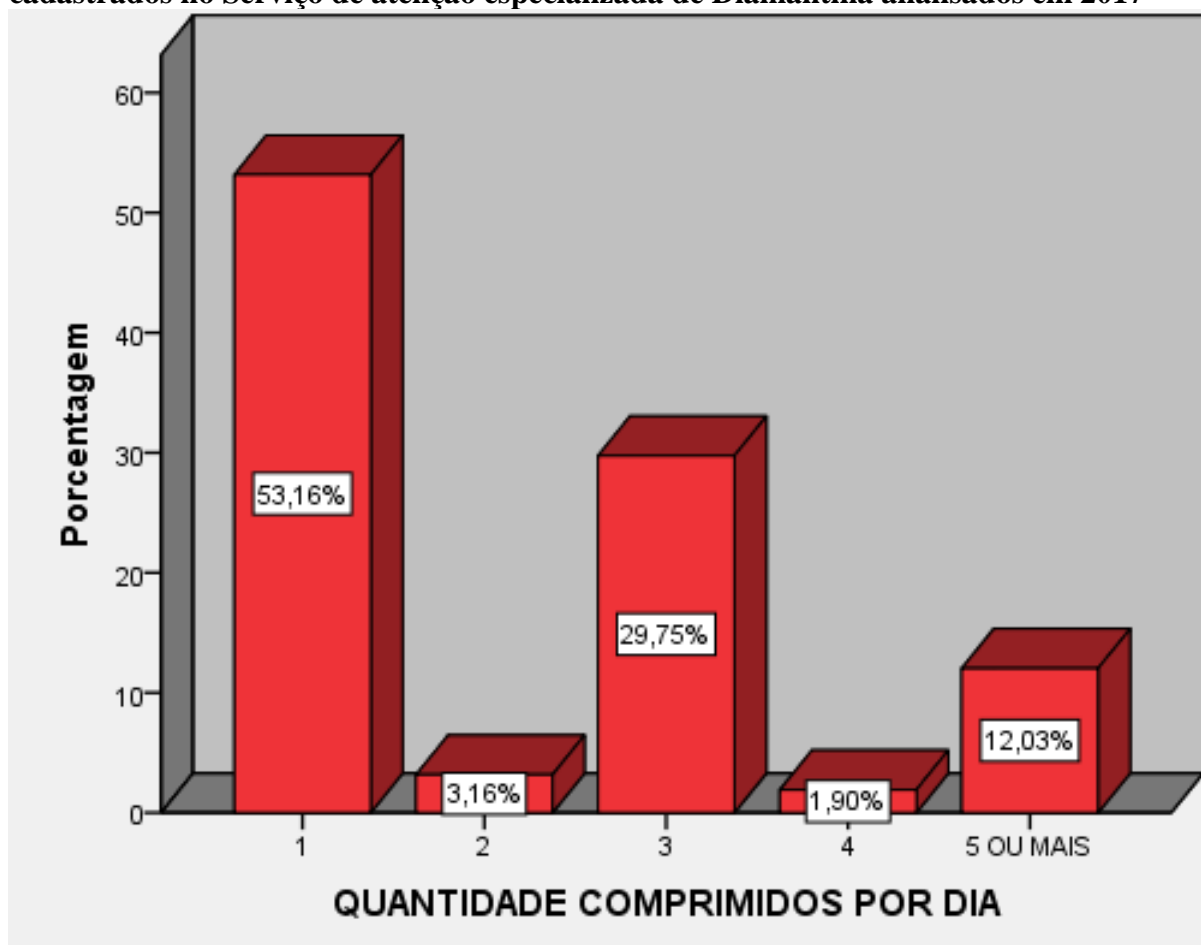
Tabela 9- Motivo da Mudança dos esquemas antirretrovirais dos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017

Motivo	Frequência	Porcentagem (%)
Falha terapêutica	20	12,7
Melhorar adesão	19	12,0
Reações adversas à medicamentos	26	16,4
Recomendação do Ministério da Saúde	3	1,9
Não informado	31	19,6
Não trocou	59	37,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Foi verificada a quantidade de comprimidos ARV (Figura 4) que cada paciente faz uso por dia e identificou-se que 53,16% faz uso de 1 comprimido por dia e 12,03 % dos pacientes cadastrados fazem uso de 5 ou mais comprimidos diariamente. Vale ressaltar que existem comprimidos ARV com associação de 2 ou 3 fármacos. Com os resultados obtidos no estudo pode-se verificar que 12% dos pacientes utilizam 5 ou mais comprimidos ARV por dia. A polimedicação é um dos fatores que interfere na adesão ao tratamento, tanto pela dificuldade em adaptar-se aos esquemas complexos quanto pelo aparecimento de efeitos secundários. O regime terapêutico tem sido descrito como um fator potencialmente associado à não aderência.

Figura 4- Quantidade de comprimidos ARV por dia ingeridos pelos pacientes cadastrados no Serviço de atenção especializada de Diamantina analisados em 2017



Fonte: Pesquisa de campo, 2017

A partir dos dados analisados nos registros de dispensação da UDM, pode-se verificar que 76,8% dos pacientes buscam seus medicamentos periodicamente ou tem seus medicamentos enviados para sua cidade. Portanto, ao verificar se os pacientes estão aderindo ao tratamento através da busca periódica dos medicamentos, observou-se que 23,2% não estavam regulares com suas medicações, o que interfere diretamente nos resultados esperados, impedindo a obtenção da carga viral indetectável.

Outro fato que demonstra se o paciente está aderente ao tratamento e se preocupa com sua condição é a realização de consultas médicas anuais para verificação do seu estado físico, psicológico e clínico. Foi constatado que 7,7% não realizaram consulta no ano de 2016. A realização de consultas periódicas pode impedir que o paciente seja negligente com seu tratamento.

Um dado importante a ser considerado é que 8,3% passou por algum período de falta de medicamentos na unidade durante seu tratamento.

Em relação ao acompanhamento anual do tratamento, foi analisado se o paciente faz pelo menos uma consulta por ano e foi verificado que 7,7% dos pacientes não fizeram nenhuma consulta no ano de 2016.

Analisar a aderência a medicamentos, em especial ARV é uma atividade complexa, que pode envolver diferentes métodos. A pesquisa considerou adesão na perspectiva do autorrelato do participante. Percebeu-se que embora muitos afirmaram que consomem o medicamento conforme prescrição médica, nem todos consideram que tem adesão ao tratamento. Isto denota possível autocritica dos participantes se realmente atendem a todas as recomendações dos profissionais da saúde.

Através da análise dos dados pode-se verificar que para alcançar os resultados esperados com os medicamentos ARV e dessa forma uma boa adesão ao tratamento, alguns fatores foram essenciais e determinantes. Entre eles estão o suporte familiar, suporte do programa através de busca ativa e do bom relacionamento com os pacientes deixando-os confortáveis.

Esquemas terapêuticos simplificados, que permitam o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido facilitam a adesão, demonstrado na tabela 10, em que se pode verificar o aumento de casos de pacientes que não buscam medicamentos quando a quantidade de comprimidos é igual ou mais que 5. Esse aumento é verificado na proporção do número de casos. Esse fator foi citado nos prontuários dos pacientes várias vezes como fator que melhorou a adesão terapêutica.

Tabela 10- Casos de pacientes segundo a quantidade de comprimidos por dia e a regularidade na busca de medicamentos regularmente na UDM

Quantidade de comprimidos por dia	Regularidade na busca dos ARV na farmácia			
	Sim	Porcentagem	Não	Porcentagem
1	77	48,7	7	4,4
2	4	2,5	1	0,6
3	39	24,7	8	5,1
4	3	1,9	0	0,0
5 OU MAIS	16	10,1	3	1,9

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

O acesso facilitado aos ARV mediante o funcionamento e localização adequados da UDM, a parceria com a secretaria de saúde do município do usuário para buscar

medicamentos quando a moradia é situada a uma maior distância da UDM são fatores relatados nos prontuários que facilitam a adesão terapêutica.

As crenças religiosas podem ser incluídas em fatores facilitadores e dificultadores pois analisando-se os prontuários, verificou-se casos em que ao adotar uma religião o paciente ficou mais aderente à TARV e em outros casos o usuário utilizou a religião para justificar sua falta de adesão por ter sido “curado” por Deus.

A tabela 11 demonstra que dos pacientes que possuem a carga viral detectável, 6,3% não buscam seus medicamentos regularmente na farmácia.

Tabela 11- Casos de pacientes segundo o exame de carga viral de busca de medicamentos regularmente na UDM

Resultado exame de carga viral	Regularidade na busca dos ARV na farmácia			
	Sim	Porcentagem	Não	Porcentagem
Indetectável	115	72,8	9	5,7
Detectável	24	15,2	10	6,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Entre os fatores que dificultam a adesão e que foram relatadas nos prontuários analisados estão a falta de medicamentos na unidade, deficiência intelectual do paciente, abandono familiar, complexidade de alguns esquemas terapêuticos, abuso de álcool e drogas, presença de transtornos mentais como a depressão, reações adversas aos medicamentos, relação insatisfatória do paciente com a equipe e os serviços, dificuldade de acesso ao serviço, sentimento de invulnerabilidade devido a falta de sintomas, dificuldades financeiras, trabalho itinerante e a falta de motivação para seguir no tratamento.

Foram considerados casos de abandono de tratamento os pacientes que deixaram de pegar medicamento por pelo menos 3 meses do período analisado. Dos 158 prontuários, 6 pacientes estavam em abandono de tratamento. Os casos de abandono (6) verificados no projeto foram devido a questões religiosas, sentimento de invulnerabilidade, problemas psicológicos e baixa capacidade intelectual. As questões religiosas descritas nos relatórios foram falas dos paciente como “Não preciso tomar medicamento porque Deus me curou” ou “O pastor falou que não precisa tomar mais remédio porque estou curada”. Esses casos foram trabalhos sem criticar as crenças religiosas do paciente.

O sentimento de invulnerabilidade também provocou abandono de tratamento em um dos casos, pois para o paciente já que não possuía nenhum sintoma ele estava imune ao vírus e que ele não o afetaria com a suspensão do medicamento.

Os problemas psicológicos e a baixa capacidade intelectual afetam diretamente na adesão ao tratamento. A compreensão sobre a doença e o tratamento devem ser priorizados e promoção de formas para que essas informações que sejam alcançadas de forma clara para promover o autocuidado, fazendo que com o usuário se responsabilize mais por seu tratamento, pois muitos se acomodam e esperam que o programa entre em contato para que busque seu medicamento, faça consulta e exames.

Os profissionais de saúde que trabalham nessa área devem possuir boas habilidades de comunicação, livre de juízo de valor, sensibilidade às questões socioculturais e emocionais e às demandas singulares de cada usuário. Além disso, devem possuir conhecimento técnico, capacidade de focar nas situações de risco para novas IST e disseminação do vírus.

A fim de melhorar a adesão ao tratamento algumas estratégias consideradas eficientes podem ser adotadas. A escolha da estratégia depende da avaliação de cada caso através da compreensão, acolhimento e escuta do paciente pela equipe multidisciplinar que o atende.

Estratégias propostas como as rodas de conversa, atividades na sala de espera, disponibilização de material educativo como folders e estão entre as utilizadas para esclarecer dúvidas dos paciente e familiares.

A criação de cartão individual do paciente para o acompanhamento das datas de exames, marcação de consulta e período para buscar medicamentos foi outra estratégia proposta.

A realização de cursos de capacitação para a equipe multidisciplinar, para conhecer e melhorar novas estratégias de cuidado, novidades do tratamento e prevenção são também pontos que ao serem incentivados melhoram a adesão ao tratamento.

O melhor controle do estoque dos medicamentos, a programação dos mapas para pedidos de medicamentos na época certa, ter medicamentos em estoque para casos de necessidades excepcionais de mais de um mês são formas para evitar que os medicamentos falem na unidade.

A organização de uma rede de contatos com os responsáveis das unidades de saúde próximas nos casos dos pacientes que moram em outras cidades foi um fator muito importante em casos de pacientes sem suporte familiar e para pacientes com dificuldades intelectuais e transtornos mentais.

Uma estratégia que se constituiu em grande diferencial nos casos de pacientes que utilizaram a crença religiosa para justificar a falta e adesão ao tratamento foi não desprezar ou ofender o paciente e sim utilizar argumentos dentro do mesmo contexto. Em casos que o usuário

argumentava que “Deus curou” e por isso não seria necessário tomar os medicamentos, foi utilizada uma passagem da Bíblia em que fala que a fé e a ciência andam juntas. A Bíblia aconselha seus seguidores a irem ao médico pois a ciência é um bem dado por Deus a humanidade. Na passagem *Eclesiástico 38*, da bíblia diz para honrar o médico pois foi o altíssimo quem o criou e que toda medicina provém de Deus. Diz ainda que o Senhor fez a terra produzir os medicamentos e que o homem sensato não os despreza. Fala que o farmacêutico produz substâncias úteis à saúde. Aconselha a dar atenção ao que médico diz pois ele foi criado por Deus e sua arte é necessária e será através do médico que Deus mandará o alívio e a Saúde ao doente. Essa forma de lidar com pacientes proporcionou a reflexão e o retorno ao tratamento, conforme foi orientado.

A implantação do serviço de atenção farmacêutica para acompanhamento dos pacientes atendidos no programa é a metodologia que poderá fazer a maior diferença no seguimento farmacoterapêutico dos usuários.

Os estudos sobre adesão ao tratamento medicamentoso ARV são importantes devido a incidência e prevalência que o HIV possui mundial. Os resultados desse trabalho demonstraram a importância do conhecimento das características dos usuários para que questões específicas sejam trabalhadas. Dessa forma, os pacientes que não possuem bom controle de sua infecção são acompanhados cuidadosamente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV no município de Diamantina, MG, neste particular, podendo contribuir com os serviços de saúde pública no planejamento dos programas voltados ao combate de doenças sexualmente transmissíveis permitindo a intensificação de ações assistenciais aos portadores da patologia, garantindo a eles uma qualidade e longevidade de vida livre de preconceitos assegurando seus direitos como cidadãos.

Foi traçado o perfil sociodemográfico, onde foi encontrado maior prevalência de casos do sexo masculino, com idade média de 44,12 anos, ensino fundamental incompleto, pardos. A média de tempo de diagnóstico foi de 8,17 anos e 34,18% passou por internação hospitalar. A maioria dos encaminhamentos foram feitas para psicólogo e assistente social. As coinfeções e comorbidades mais frequentes foram o alcoolismo, tabagismo, candidose, anemia, herpes e depressão.

Foi realizada a caracterização e quantificação das medicações ARV em uso obtendo-se o valor de 52,5% para TDF+3TC+EFZ com o maior número e casos.

Ao verificar a proporção de paciente com carga viral detectável, identificou-se o valor de 21,5% dos pacientes. Foi verificado também que a existência de 6 casos de abandono de tratamento ARV dos pacientes acompanhados.

Ao avaliar o padrão comportamental de adesão ao tratamento antirretroviral, verificou-se que 10,5% dos pacientes não buscaram medicamentos periodicamente. Entre os usuários cadastrados 7,7% não realizaram consulta no ano de 2016 e 8,3% dos pacientes passaram por falta de medicamentos na unidade de saúde.

Metodologias para promoção da adesão ao tratamento ARV propostas incluíram as rodas de conversa, atividades na sala de espera, disponibilização de material educativo, cartão e acompanhamento individual, cursos de capacitação para profissionais envolvidos e implantação do serviço de Atenção Farmacêutica.

A aids tem uma particularidade em relação a outras doenças porque paralela a sua história natural, clínica e epidemiológica, tem sua história social, por isso deve ser considerada em todos os seus aspectos para adequado controle.

O conhecimento do perfil epidemiológico da região do Alto Vale do Jequitinhonha em relação a aids constitui-se em pressuposto para o desenvolvimento de estratégias adequadas ao seu controle na região, seja em relação a sua prevenção ou a assistência.

8 DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

Embora o estudo tenha sido prejudicado em decorrência da omissão de informações nos prontuários e dados incompletos, pode fornecer evidências para instrumentalizar a intervenção dos serviços de saúde objetivando a melhoria da adesão ao tratamento com os medicamentos antirretrovirais, através do seguimento terapêutico.

Este estudo possui limitações inerentes aos que utilizam a metodologia retrospectiva, que obtém dados secundários. Algumas informações identificadas como “não informado” não foram passíveis de recuperação.

Os pacientes que ainda possuem a carga viral detectável necessitam de acompanhamento individualizado por parte da equipe multidisciplinar durante todo o período do seu tratamento. Esses profissionais devem levar em consideração a rotina diária do paciente, seus hábitos de vida, ou seja, seu perfil biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H., PILLAI, S. **Imunologia celular e molecular**. Elsevier p. 988. 8. ed. 2015.
- ABRAMS, E. J.; STRASSER, S. **90-90-90 - Charting a steady course to end the paediatric HIV epidemic**. Journal of the International AIDS Society. v. 18, n. Supl 6, p. 1–7, 2015.
- ALMEIDA, E. L. et al. **Adesão dos Portadores Do HIV/AIDS Ao Tratamento: Fatores Intervenientes**. Revista Mineira Enfermagem. v. 15, n. 2: p. 208-216, abr./jun., 2011.
- ÁVILA, V. S. et al. **Model of socio-cultural dimensions involved in adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in public health care centers in Chile**. AIDS Care, v. 0121, n. May, 2016.
- BEMELMANS, M et al. **Sustaining the future of HIV counselling to reach 90-90-90: a regional country analysis**. Journal of the International AIDS Society. v.19, n. 20751, 2016.
- BLATT, C. R et al. **Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v. 42, n. 2, p. 131–136, 2009.
- BONOLO, P. D. F.; GOMES, R. R. D. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. **Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão**. Epidemiol. Serv. Saúde. v. 16, n. 4, p. 261–278, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para fortalecer as ações de adesão para as pessoas que vivem com HIV ou AIDS (PVHA)**. Brasília, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde amplia oferta do tratamento para Aids com medicamento inovador**. 2017a. Disponível em:< <http://portalms.saude.gov.br/>> Acesso em 14 de outubro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV e AIDS**. Coordenação Nacional de DST/AIDS, p. 1–100, 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br>> Acesso em 18 de setembro de 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos**. Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes/ Coordenação Nacional de DST e AIDS**. 1. ed. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sinan**. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/>> Acesso em 18 de setembro de 2018c.

CAMPOS, T. S; RIBEIRO, L. C. C. **Perfil epidemiológico dos pacientes com hiv/aids no alto Vale do Jequitinhonha, 1995-2008**. Revista Medicina Minas Gerais; 21(1): 14-18. 2011.

CARDOSO, A. L; MARCON, S. S.; WAIDMANI, M. A. P. **O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/AIDS e sua família**. Revista enfermagem UERJ. v. 16, n.3, 2008.

CARVALHO, F. T. **Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS**. Caderno de Saúde Pública. v. 23, n. 9, p. 2023-2033, 2007.

CECCATO, M. G. B et al. **Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV**. Caderno de Saúde Pública. v. 20, n. 5, p. 1388-1397, set-out, 2004.

CIHLAR, T.; FORDYCE, M. **Current status and prospects of HIV treatment**. Current Opinion in Virology, v.18, p. 50–56, 2016.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES M. H. B. M. **Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy**. Revista Escola Enfermagem USP. v. 42, n. 3, p. 487-92, 2008.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. **Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS**. Revista Escola Enfermagem USP. v. 40, n. 4, p. 576-81, 2006.

FAUSTINO, Q. M.; SEIDL, E. M. F. **Intervenção Cognitivo-Comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/Aids**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jan-Mar, Vol. 26 n. 1, pp. 121-130. 2010

FIGUEIREDO, R. M. et al. **Adesão de pacientes com Aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola**. Revista Latino-am. Enfermagem. v. 9, n. 4, p. 50-5, 2001.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **O poder dos antirretrovirais**. 2017. Disponível em: <<http://www.far.fiocruz.br/>>. Acesso em 30 de agosto de 2018.

FIOCRUZ. **HIV/Aids: produção do Efavirenz completa 11 anos.** 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/hivaids-producao-do-efavirenz-completa-11-anos>> Acesso em: 04 de março de 2019.

GEOCZE, L. et al. **Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV.** Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 4, p. 743–749, 2010.

GIR, E.; VAICHULONIS C. G.; OLIVEIRA, M. D. **Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista.** Revista Latino-am Enfermagem. v. 13, n. 5, p. 634-41, 2005.

GOMES, R. R. D. F. M. et al. **Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV.** Cadernos de Saúde Pública. v. 25, n. 3, p. 495–506, 2009.

GOODMAN E GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica.** Organizadores, Laurence L. Brunton, bruce A. Chabner, Bjorn C. Knollmann; [tradução: Augusto Langeloh, et al]. 12. Ed. Porto Alegre, 2012.

GUARAGNA, B. F. P. et al. **Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/AIDS: relato de experiência.** Revista HCPA. v. 27, n. 2, 2007.

HOSSEINI, Z. **Adherence to HIV/AIDS antiretroviral therapy among drug users: A quanlitative study in Iran.** Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, v. 21, n. 1, p. 29–37, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312160&idtema=118&search=minas-gerais|diamantina|Índice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

KORSMAN, S. N. J. et al. **Virologia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

LEITE, J. C. D. C.; et al. **Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral.** Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 15, n. 1, p. 121–133, 2002.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LOPES, P. S. D.; SILVA, M. M. G.; TORRES, I. C.; STADŇIK, C. M. B. **Qualidade de vida dos pacientes hiv positivo com mais de 50 anos.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 55 (4): 356-360, out.-dez. 2011.

MALDONADO-MARTÍNEZ, G. et al. **Persistent HIV viremia: Description of a cohort of HIV infected individuals with ART failure in Puerto Rico.** International Journal of Environmental Research and Public Health. v. 13, n. 1, p. 1–8, 2015.

MELCHIOR, R. et al. **Evaluation of the organizational structure of HIV/AIDS outpatient care in Brazil.** Rev. Saúde Pública. v. 40, n.1. 2006.

MOURA, J. P.; FARIA, M. R. **Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com hiv/aids**. Revista de enfermagem UFPE on line., Recife, 11(Supl. 12):5214-20, dez., 2017.

OLIVEIRA, E. F; PAES, M. S. L. **Adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com HIV/AIDS**. Revista Enfermagem Integrada. v. 6, n. 2, 2013.

PADOIN, S. M. M. **Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento Antirretroviral em adultos acima de 50 Anos que têm HIV/AIDS**. Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v. 23, n. 4, p. 194-197, 2011.

PEREIRA, B. S. **Perfil epidemiológico e fatores associados à infecção por HIV/AIDS em adolescente e adultos jovens**. 85fl. Dissertação de mestrado (mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana. Bahia, 2013.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO Municípios 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

SANTA HELENA, E. T; NEMES, M. I. B; ELUF-NETO J. **Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos**. Revista de Saúde Pública. v. 42, n. 4, p. 764-7, 2008.

SANTOS, E. A. P; ZAMBENEDETTI G. **Caracterização dos casos de HIV/AIDS no município de Irati, PR, no período de 1994 a 2012**. Revista Psicologia e Saúde, v. 8, n. 2, jul./dez., p. 97-112. 2016.

SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. **Virologia humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SEIDL, E. M. F. et al. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2305-2316, 2007.

SICLOM. Gerencial. **Documentos**. Disponível em < <http://azt.aids.gov.br/>>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

SOARES, F.N.S.; MORAIS, M. T. M. **Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/AIDS cadastrados no município de Vitória da Conquista/BA**. Revista de Saúde Complementar; v.10 n.1. p 54-63. 2014

TRINDADE, R. O. **Os direitos humanos como fundamentação para a “quebra de patentes” dos medicamentos para aids: posição do Brasil**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/antropi/lib/exe/fetch.php?media=dh.pdf>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2019

UNAIDS. **Global HIV & AIDS statistics**. Disponível em <<http://www.unAids.org>>. Acesso em 16 de setembro de 2018.

UNAIDS. **Report on the Global AIDS Epidemic 2010**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008.

WHO. HIV/AIDS. **Fact-Sheets**. Disponível em <<http://www.who.int/>>. Acesso em 5 de outubro de 2018.

APÊNDICE

Formulário de coleta de dados

N: _____

1. Data da Coleta: ____/____/____ 2. Nome do pesquisador: _____

3. Paciente notificado no SINAN: __ Sim __ Não

Dados Pessoais

4. Iniciais do paciente: _____ 5. Sexo: __ Feminino __ Masculino

6. Data de Nascimento: ____/____/____ 7. Idade: _____

8.Renda mensal:	
Sem renda	
Menos de 1 salário	
1 salário	
Mais de 1 salário	

9.RELIGIÃO	
Católico	
Protestante	

10. Ocupação: _____ __ Não informado

11. Raça: __ Negro __ Branco __ Amarelo __ Parda __ Não informado

12. Endereço: _____ __ Não informado

13. Diagnóstico: ____ HIV ____ AIDS

14. Prontuário: _____

15.Tempo de diagnóstico_____

16.Escolaridade:

____ analfabeto-

____ 1ª a 4ª seria incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau

____ 2-4ª seria completa do EF (antigo primário ou 1º grau

____ 5ª a 8ª serie incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau

____ Ensino fundamental completo ((antigo primário ou 1º grau)

____ Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

____ Ensino médio completo(antigo colegial ou 2º grau)

____ Educação superior incompleta

____ Educação superior completa

____ Ignorado __ Não se aplica

17. Município de residência _____

18. Zona urbana _____ zona rural _____

19. Provável modo de transmissão:

____ transmissão vertical ;

___sexual (relações com homens, relações com mulheres; relação com homens e mulheres; ignorado);

___sanguínea (uso de drogas injetáveis; tratamento/hemotransfusão para hemofilia; transfusão sanguínea; acidente com material biológico com posterior soroconversão ate 6 meses)

20. Relato de complicações/ Comorbiades:

Complicação	Sim	Não	Não informado

21. Data da última consulta: ____/____/____

22. Número de consultas _____2015 _____2016

23. Data da última medição da pressão arterial: ____/____/____ _____Não informado

24. Valor:

Dados Laboratoriais

25. Exames:

DATA	CD4	CARGA VIRAL

26. Passou por internação hospitalar: __ Sim __ Não informado

27. Encaminhamento para o especialista: ____/____/____
 __ Não informado __ Não encaminhado

Medicamentos

28. Medicamentos em uso contínuo

Medicamento	Dosagem	Posologia

29. Esquemas terapêuticos utilizados: _____

30. Realizou troca de esquema? ____ Sim ____ Não
 Porque? _____

31- Datas em que recebeu medicamentos:

Data	32- Para quantos meses

33. Quantidade de medicamentos tomados por dia: _____

34. Observações:
